

TOSCANA MEDICA

MENSILE DI INFORMAZIONE E DIBATTITO A CURA DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE

Mensile - Anno XXXV n. 3 marzo 2017 - Poste Italiane s.p.a. - Sped. Abb. Post. - 70% Firenze
D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 45) art. 1, comma 1, DCB Fi - Aut. Trib. Fi. n. 3138 del 26/05/1983

MARZO 2017 **3**



piero della francesca / caravaggio
una coppia inedita



Fibrosi polmonare idiopatica



La matematica della meningite



Dall'Evidence Based Medicine alla Precision Medicine



Defibrillazione per arresto cardiaco

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE







Piero della Francesca / Caravaggio
una coppia inedita

- Fibrosi polmonare idiopatica
- La matematica della meningite
- Defibrillazione per arresto cardiaco
- Dall'Evidence Based Medicine alla Precision Medicine
- ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE

Anno XXXV - n. 3 Marzo 2017
Poste Italiane s.p.a.
Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003 (conv. in 27/02/2004 n. 46)
art. 1, comma 1, DBC Firenze

Direttore Responsabile
Antonio Panti

Redattore Capo
Bruno Rimoldi

Redattore
Simone Pancani

Segreteria di redazione
Antonella Barresi

Direzione e Redazione
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
via G.C. Vanini, 15 - 50129 Firenze
tel. 055 496522 - telefax 055 481045

<http://www.ordine-medici-firenze.it>

toscanamedica@ordine-medici-firenze.it

Editore
Edizioni Polistampa - Firenze
via Livorno 8/32 - 50142 Firenze

Pubblicità
Edizioni Polistampa - Firenze
tel. 055 737871 - fax 055 7378765

www.polistampa.com
redazione@polistampa.com

Stampa
Tipografia Editrice Polistampa
via Livorno 8/32 - 50142 Firenze

La informiamo che secondo quanto disposto dall'art. 13, comma 1, legge 675/96 sulla "Tutela dei dati personali", Lei ha diritto, in qualsiasi momento e del tutto gratuitamente, da consultare, far modificare o cancellare i Suoi dati o semplicemente opporsi al loro trattamento per l'invio della presente rivista. Tale Suo diritto potrà essere esercitato semplicemente scrivendo a:

toscanamedica@ordine-medici-firenze.it

Fondato da
Giovanni Turziani

In copertina

Sinistra:
Caravaggio
Ragazzo morso da un ramarro (1594)
particolare.

Destra:
Piero della Francesca
San Giuliano (1454-1458)
particolare.



Antonio Panti



Bruno Rimoldi



Simone Pancani



Antonella Barresi

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

4 Una coppia inedita
Federico Napoli

EDITORIALE

5 Quanto è grande la medicina
Antonio Panti

OPINIONI A CONFRONTO

6 Fibrosi polmonare idiopatica
T. Brocca, S.E. Giustini, N. Mennuti, A. Palla, E. Rosi, P. Rottoli

13 Una malattia sempre meno rara
A. Panti

QUALITÀ E PROFESSIONE

14 La meningite
E. Bellini, L. Petrone, S.E. Giustini

19 La matematica della meningite
E. Paci, C. Azzari

26 Il cittadino e la ricerca clinica (prima parte)
G. Collecchia

28 Il modello delle Case della Salute
M. Bonciani, S. Barsanti, P. Francesconi, L. Roti

33 La medicina verso una nuova era? Dall'Evidence Based Medicine alla Precision Medicine
R. Laureano

36 L'altra faccia della medaglia
A. Panti

RICERCA E CLINICA

37 Defibrillazione per arresto cardiaco non in ospedale
L. Tonelli, C. Francois

39 La malattia policistica renale
S.E. Giustini

INTERNET E MEDICINA

42 I Social Media in ambito sanitario
M. Masoni, M.R. Guelfi, J. Shtylla

POLITICHE PER L'EQUO ACCESSO ALLA SALUTE

45 Oltre il PIL
D. Dionisio

FRAMMENTI DI STORIA

47 Il Museo della Sanità pistoiese. Ferri per curare
E. Diana

SANITÀ NEL MONDO

49 Chi salverà il servizio sanitario inglese?
G. Maciocco

STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA

52 L'opera d'arte, un mezzo mediatico che coniuga bellezza, cronaca ed emozioni
M. Fanfani

LETTERE AL DIRETTORE

56 E.B.M. e organizzazione
G. Maciocco

25 - RICORDO

Massimo Papini, un sorriso per i bambini
A. Pasquinelli

57 - VITA DELL'ORDINE E NOTIZIARIO

34 - LETTI PER VOI

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

- Inviare gli articoli a: toscanamedica@ordine-medici-firenze.it, con un abstract di 400 battute compresi gli spazi e 5 parole chiave
- Lunghezza max articoli: 6.000 battute spazi inclusi (2-3 cartelle), compresa iconografia
- Lunghezza max Lettere al Direttore: 3.000 battute spazi inclusi
- Taglio divulgativo e non classicamente scientifico

- No Bibliografia ma solo un indirizzo e-mail a cui richiederla
- Non utilizzare acronimi
- **Primo autore: inviare una foto e un curriculum di 400 battute (spazi inclusi) da inserire nel testo e per motivi redazionali un numero telefonico o un indirizzo postale**
- Autori: indicare per esteso nome, cognome, qualifica, provincia di appartenenza
- Criterio di pubblicazione: per data di ricevimento

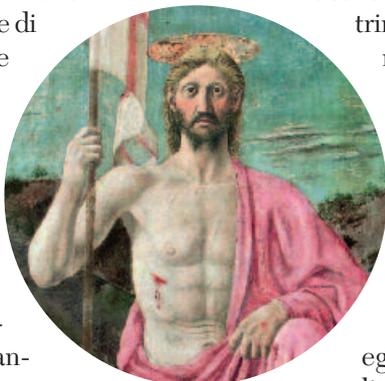
Una coppia inedita

Piero della Francesca / Caravaggio *di Federico Napoli*

“Nel segno di Roberto Longhi. Piero della Francesca e Caravaggio”: si intitola così la mostra allestita presso il Museo Civico di Sansepolcro. Esposizione che sceglie una tipologia espositiva controcorrente per la sua non spettacolarità, preferendo percorrere piuttosto la strada di un’intelligente riflessione di approfondimento. È un’iniziativa che riporta in primo piano nel panorama culturale nazionale lo stesso Museo, luogo privilegiato per le straordinarie opere di Piero della Francesca in esso conservate e che proprio in questa occasione accosta un’opera di Piero – “Polittico della Misericordia” – tornata da un difficile e complesso restauro ad autore altrettanto difficile e controverso, anche se di forte presa popolare come Caravaggio. Introduttivi a questo accostamento apparentemente audace sono gli studi critici di Roberto Longhi: e dalla omonima fondazione fiorentina arriva nella mostra a Sansepolcro il quadro “Ragazzo morso dal ramarro”.

Nel 1927, analizzato punto per punto il “Polittico” (1445 e seguenti), Longhi parla di *prepotenza plastica simile a quella di Masaccio* tanto da immettere nell’opera sia *l’umanità che la divinità*, quantunque dai committenti (la Confraternita della Misericordia) fosse stata richiesta una struttura compositiva tradizionale. Ma è limpida nella luce la visione delle figure e la composizione generale, tanto che la luminosità cristallina dell’opera di Piero sarà poi per Longhi acquisita dalle atmosfere e dal colore veneto, già dal pittore sfiorato con la vicinanza di lavoro nella chiesa di Sant’Egidio a Firenze con Domenico Veneziano: *donde per vie più mediate, l’arte di Piero si continua ed ope-*

ra nella maggiore pittura moderna. E Caravaggio? *L’indecorosa naturalezza dell’artista*, come scrive Longhi nel 1952, si rintraccia nella quotidianità del gesto compiuto dal giovanetto morso dal ramarro e nell’incidenza della luce che rimanda ombre plastiche della realtà fuori dagli schemi del tempo, pertanto immorali in quanto soggetto comune o familiare e non di *historia*. In Caravaggio è la realtà ad essere colta dalla luce o dall’ombra, diversamente da Tintoretto o El Greco che realizzavano composizioni avvalendosi di figurette di cera o teatrini. Quelli del Merisi sono, invece, fotogrammi di vita strappati allo scorrere del tempo e poi fissati, quindi di sapore moderno. Dunque scorre fra i due artisti in mostra a Sansepolcro un fine e sottile filo conduttore parallelo, ma egualmente di grande attualità: quanto a Caravaggio chiedevano i committenti più prudenti, tanto allo stesso Piero chiedevano quelli più tradizionali, e ambedue gli artisti si aprivano così a nuove stagioni dell’arte e della storia. Terzo incomodo nella mostra è un quadro di Ercole De Roberti, proveniente da collezione privata e dipinto sui due lati, “Ritratto di un giovane” e “Ritratto di giovane donna”, realizzati probabilmente nell’ultima parte della sua vita, tra il 1480 e il 1496 anno della morte: il raffronto è con Piero e solo indirettamente con Caravaggio. Anche qui Longhi supporta l’esposizione



con un suo “Officina ferrarese” scritto nel 1934: nell’ambito culturale ferrarese, il De Roberti si colloca fra l’aspro Tura (con la sua partecipazione al ciclo di Villa Schifanoia) e il più profano e ornato Cossa (grazie alla partecipazione agli affreschi di San Petronio a Bologna). Ma in più dell’uno e dell’altro, ha un senso *metafisico*, un sapore di *astratta frattura*, un senso del rarefatto frutto di un’attenta lavorazione, tanto *da non trovare a quei tempi altro paragone di valore che in Leonardo*. La potremmo considerare come una terza risposta possibile nei confronti dello studio della natura (intesa come mondo circostante).

Alla fine, quella di Sansepolcro è una mostra nella quale storici dell’arte – addetti ai lavori, si definiscono con un vezzo professionale –, ma anche semplici appassionati possono, ritrovare spunti indicativi e motivi di curiosità. L’esposizione è curata da Maria Cristina Bandera, con in catalogo brani tratti dagli scritti di Roberto Longhi, oltre a un intervento critico di Mina Gregori.

Nel frattempo viene già preannunciata già la prossima mostra che da giugno abbraccerà un arco temporale fino a novembre: “Luca Pacioli tra Piero della Francesca e Leonardo”, cioè una mostra omaggio nel quinto centenario della morte dell’illustre matematico.

**Nel segno di Roberto Longhi.
Piero della Francesca e Caravaggio**

Museo Civico, Sansepolcro

Fino al 4 giugno 2017

orario: 10,00-13,00/ 14,30-18,00



<http://www.mostrapieroecaravaggio.it/>

Quanto è grande la medicina!



di Antonio Panti

Un rapido elenco, assai parziale, di notizie apparse sulla stampa negli ultimi tempi. Quanti sono i casi di “Hikomori”, una sorta di autismo da computer che colpisce gli adolescenti? I “big data”, estratti dalla rilevazione informatica delle nostre azioni quotidiane, quanto possono prevedere, attraverso algoritmi comportamentali, i nostri gusti a fini commerciali o, chissà, le nostre trasgressioni, realizzando la profezia di “Minority report”? Il reggiseno smart mostrerà con anticipo un possibile tumore del seno, informandone la paziente prima del medico? La tecnologia Crispr, già testata in Cina, sarà in grado di curare le malattie tagliando e cucendo il DNA come un qualsiasi ago da sarta, aprendo la strada per incidere sul patrimonio genico trasmissibile? Altre novità nascono, come in passato, da diverse imprese umane, specialmente militari. Il potenziamento del combattente (già proponibile in medicina) produce gli occhiali Google, le molteplici forme di *enhancement*, il progetto TALOS (Tactical Assault Light Operator Suite), che consente *performances* al di là dei limiti biologici e possibilità impensabili di sopravvivenza.

Che cosa lega tutto ciò alla medicina? La scienza moderna ha imparato a pensare in termini di convergenza tecnologica (nanotecnologie, biotecnologie, ICT, scienze cognitive, genetica). Così si possono affrontare moltissime patologie, ma ciò non rappresenta soltanto l'estensione scientifica e tecnologica della medicina all'interno dei suoi compiti tradizionali; i confini della medicina si stanno dilatando enormemente, dalla cura, l'agire con mezzi artificiali sul decorso naturale della malattia, al potenziamento dell'uomo. La “Dichiarazione transumanista” del 1998 sostiene che *“in futuro l'umanità sarà radicalmente cambiata dalla tecnologia... riprogettando la condizione umana, inclusi parametri quali l'invecchiamento, i limiti dell'intelletto, il controllo degli stati emotivi, la sofferenza e la prigionia sul pianeta Terra. I transumanisti sostengono che è “un diritto morale usare la tecnologia per ampliare le capacità fisiche e mentali dell'uomo”.*

Il potenziamento umano è un termine ambiguo che, secondo il Comitato Nazionale di Bioetica, *“dovrebbe comprendere il tentativo, temporaneo o permanente, di superare i limiti del corpo umano con mezzi naturali o artificiali mediante l'uso di tecniche per selezionare o modificare attitudini o caratteristiche con fini non terapeutici”.* Vengono alla mente due questioni gigantesche: che cosa è la salute? Che cosa è l'individuo? In questo quadro vi sono responsabilità sia personali, di chi fa uso di queste tecniche, sia sociali, per definirne limiti di accettabilità e sostenibilità, sia mediche, perché è il medico che consente questi risultati mediante la sua opera. Se il potenziamento è l'uso intenzionale di conoscenze e tecnologie biomediche per interventi sul corpo umano al fine di migliorarne il normale funzionamento, è evidente che il medico ha un ruolo determinante. Ma le questioni so-

no ancora più complesse. Parliamo del potenziamento di funzioni esistenti o di creazione della nuove capacità organiche o mentali? Ciò che viene potenziato è trasmissibile ai discendenti? Agiamo all'interno della cosiddetta normalità statistica o innalziamo al di là della gaussiana le prestazioni di alcuni o di una popolazione? Tutto ciò mette in discussione i compiti secolari della medicina, il concetto stesso di malattia e quello di normalità. Il Report del Council on Bioethics *“Beyond therapy”* avverte che la biotecnologia sta aprendo la possibilità di cambiare la condizione umana intervenendo sul patrimonio genetico del nascituro (*better children*); consentendo prestazioni fisiche e mentali superiori (*superior performances*); prolungando la vita (*ageless bodies*); eliminando le sofferenze emotive (*happy souls*).

Le applicazioni sono infinite, ma comunque interferiscono con la prassi medica che ha sempre pensato di rispecchiare l'ordine naturale delle cose. Ciò corrisponde a una nuova domanda di salute o, meglio, a un nuovo concetto di ciò che si può chiedere alla medicina. Oggi è accettato il modello biopsicosociale di malattia che tenta la sintesi di psiche e corpo, di genetica ed epigenetica. La medicina personalizzata rappresenta un rinnovato approccio olistico e relazionale. Così il concetto di salute coinvolge il punto di vista medico di oggettività scientifica (*disease*), quello della soggettività del paziente (*illness*), quello pubblico di interesse della collettività e di riconoscimento del ruolo di malato (*sickness*). All'ontologia nomotetica della patologia corrisponde la biografia della clinica e la costruzione sociale della malattia.

Sembra però che non siano più del tutto chiari gli scopi della medicina e che non sia più sostenibile che la salute sia un problema esclusivamente medico. Altresì non è possibile rinunciare all'idea che il fine della medicina sia la cura e il prendersi cura del paziente. Insomma il potenziamento richiede un nuovo statuto della medicina? L'intervento sul corpo modifica l'identità della persona? La medicina può divenire veicolo d'accesso ai benefici promessi dalle tecniche? E cosa pensare della medicina come strumento non più meramente terapeutico ma di perfezionamento della natura umana? Dobbiamo ridisegnare una medicina al servizio delle biotecnologie? Si ripropone il dilemma dei fini buoni della medicina.

Difficile concludere. Forse occorre una visione legata sempre ai valori di aiuto e di relazione propri della professione ma che, nello stesso tempo, sappia affrontare una dimensione etica più ampia per il singolo e la collettività. Forse, nella drammatica discrepanza fra il travolgente progresso tecnologico e culturale e la costante biologica che condiziona i comportamenti dell'uomo, la medicina potrebbe favorire un'abbreviata pressione selettiva che, utilizzando le conoscenze scientifiche accumulate nell'evoluzione culturale, giunga a migliorare la natura umana.

Fibrosi polmonare idiopatica

✓ **TOSCANA MEDICA** - Come si può inquadrare in senso generale una malattia relativamente rara come la Fibrosi polmonare idiopatica?

ROTTOLI - Si tratta sostanzialmente di una polmonite interstiziale idiopatica che è stata inquadrata compiutamente in un documento del 2011, redatto dalle principali Società Scientifiche Internazionali. È una malattia ad etiologia sconosciuta che colpisce pazienti adulti, di età per lo più superiore ai cinquant'anni, in prevalenza maschi e dediti al fumo di sigaretta. Non riconosce una patogenesi di tipo infiammatorio caratterizzandosi piuttosto come un disordine epiteliale fibroblastico. Proprio questo nuovo approccio etiopatogenetico ha portato a studiare delle terapie specificamente attive in senso antifibrotico che hanno oggi soppiantato i vecchi schemi di cura basati sull'uso di steroidi ed immunosoppressori.

Oggi la terapia della Fibrosi polmonare idiopatica (IPF) si basa su molecole in grado di bloccare la produzione da parte dei fibroblasti di matrice extracellulare, che con il tempo finisce per distruggere il parenchima polmonare, condannando il paziente all'insufficienza respiratoria ed alla morte.

✓ **TOSCANA MEDICA** - Siamo quindi di fronte ad una malattia grave ad esito infausto: generalmente in quanti anni si arriva alla sua naturale conclusione?

ROTTOLI - Si parla per lo più di tempi di sopravvivenza mediana di 3 anni dall'esordio clinico, pertanto ne consegue la necessità di raggiungere il prima possibile un corretto inquadramento diagnostico, identificando precocemente

i pazienti per i quali, se arrivano tardi all'osservazione dello specialista, c'è poco da fare in termini di modificazione dell'evoluzione di malattia. Per questi pazienti, quindi, rimane solo il trapianto di polmone, se hanno i criteri di inclusione.

PALLA - Anche io non posso che concordare sulla necessità assoluta della precocità della diagnosi, sottolineando inoltre che probabilmente in un prossimo futuro la Fibrosi polmonare idiopatica uscirà dal novero delle malattie rare, visto il sempre maggior numero di casi che vengono oggi identificati. Inoltre credo sia importante ricordare che i sintomi iniziali della malattia sono generalmente ad insorgenza tardiva per cui importantissimo appare il coinvolgimento dei medici di medicina generale per la conferma eventuale di un sospetto diagnostico che, come già detto, dovrebbe essere quanto più precoce possibile.

✓ **TOSCANA MEDICA** - Partendo dall'intervento del prof. Palla che ha parlato di un numero in aumento di casi di Fibrosi polmonare idiopatica, quale ne è l'epidemiologia? Ed ancora, si tratta di una malattia "solo" genetica a differente espressione fenotipica, oppure si possono chiamare in causa anche fattori ambientali favorevoli la sua comparsa?

ROSI - Una malattia viene oggi considerata rara quando colpisce meno di 5 soggetti ogni 10.000 abitanti. Per quanto riguarda la Fibrosi polmonare idiopatica si parla di una prevalenza stimata intorno ai 25 - 32 casi ogni 100.000 abitanti, con 7 - 9 nuovi casi all'anno, sempre ogni 100.000 abitanti. È verosimile comunque che in futuro questi dati vengano



TERESA BROCCA
Direttore Dipartimento del Farmaco della ASL Toscana Centro.



SAFFI ETTORE GIUSTINI
medico di medicina generale a Pistoia; Commissione Terapeutica Reg. Toscana.



NEDO MENNUTI
Direttore del Dipartimento della Rete Sanitaria Territoriale della ASL Toscana Centro.

modificati dalle sempre maggiori potenzialità diagnostiche disponibili.

Si tratta senza dubbio di una malattia a forte componente genetica nella cui patogenesi però entrano in gioco anche fattori di natura ambientale, come sembra dimostrare la sua alta incidenza nella popolazione di soggetti fumatori.

SAFFI GIUSTINI - Come medico di medicina generale ho assistito in questi ultimi dieci anni ad un aumento dei casi in maschi non fumatori che manifestano improvvisamente dispnea da sforzo e tosse non produttiva. Più di rado ho potuto osservare sintomi come febbriola e dolori muscolari.

All'esame obiettivo il dato che mi ha sempre messo in allarme sono stati i cre-



ANTONIO PALLA
Ordinario di Malattie dell'Apparato Respiratorio dell'Università di Pisa.



ELISABETTA ROSI
Dirigente del Servizio di Pneumologia dell'AOU Careggi di Firenze.



PAOLA ROTTOLI
Direttore UOC Malattie Respiratorie e Trapianti di polmone dell'AOU Senese, Responsabile del Centro di riferimento regionale per la sarcoidosi ed altre interstiziopatie polmonari.

pitii inspiratori bibasali fini e secchi. E successivamente la consulenza pneumologica che si avvale per la definizione diagnostica della TC ad alta risoluzione e delle prove di funzionalità respiratoria.

✓ **TOSCANA MEDICA** - Si può avere un'idea di quali siano i "costi" complessivi di questa malattia?

ROTTOLI - I costi di questi pazienti sono legati essenzialmente all'insufficienza respiratoria che può condizionare livelli di assistenza differenti secondo la gravità della condizione clinica. A questi si devono aggiungere i costi sociali relativi alla gestione della eventuale condizione lavorativa del paziente ed al mantenimento di un accettabile livello di quali-

tà della sua vita, oltre quelli determinati dalle terapie necessarie.

BROCCA - Per quanto riguarda i costi dei farmaci associati alla patologia si può fare una rilevazione puntuale dei pazienti in riferimento ai farmaci autorizzati (*pirfenidone / nintedanib*) mentre il costo globale delle terapie, ivi inclusa ossigenoterapia e farmaci per le complicanze (da antibiotici a steroidi per via orale), è difficile da definire per la frammentazione delle banche dati disponibili. Per l'anno 2016, nell'ambito territoriale di Firenze, i pazienti trattati con *pirfenidone* e *nintedanib* sono stati 46 con una spesa pari a € 463.092.

Preme sottolineare che tali farmaci sono sottoposti a prescrizione specialistica e monitoraggio sull'apposita piattaforma web dell'Agenzia Italiana del Farmaco, per le condizioni autorizzate e rimborsate dal Servizio Sanitario.

✓ **TOSCANA MEDICA** - Abbiamo detto che la diagnosi precoce è di fondamentale importanza e che per questo è necessario l'apporto della medicina generale. Ma il medico di famiglia quando e come deve sospettare un eventuale caso di Fibrosi polmonare idiopatica di fronte ad un paziente con non meglio precisati sintomi di natura respiratoria?

PALLA - Faccio un esempio per dimostrare quanto sia importante l'azione dei medici di medicina generale, soprattutto durante la fase iniziale, per lo più asintomatica, della malattia: la valutazione di una radiografia del torace eseguita per altri motivi potrebbe far sospettare qualcosa di diverso da quello che si cercava e consigliare accertamenti e consulenze di maggiore specializzazione.

Nelle fasi più avanzate è necessario raccogliere un'anamnesi accuratamente mirata ed indagare sui caratteri di un'eventuale dispnea o di una tosse di lunga durata, non dimenticando mai che il soggetto fumatore tende per lo più ad adattare la propria sintomatologia clinica proprio all'abitudine al fumo.

È necessario inoltre escludere patologie di altra natura come ad esempio un reflusso gastro-esofageo di discreta importanza. Ovviamente il sospetto diagnostico può essere confermato dall'auscultazione del torace che, caratteristi-

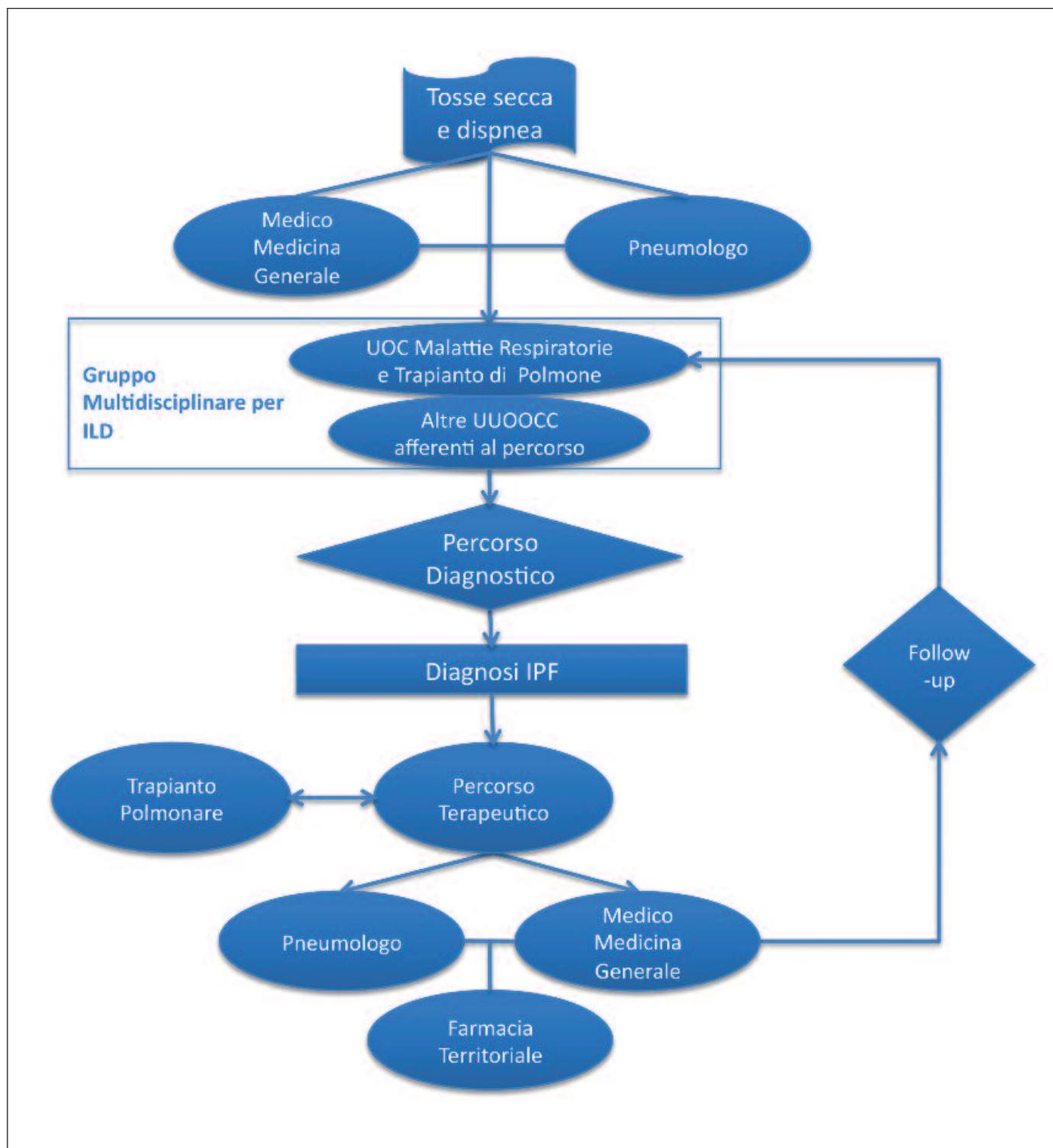
camente in caso di interstiziopatie polmonari, riconosce la presenza di crepitii basali bilaterali, cosiddetti a "rumore di velero".

✓ **TOSCANA MEDICA** - Dottor Mennuti, da quanto ascoltato finora quale potrebbe essere il ruolo dei Dipartimenti di Medicina Generale attualmente in via di realizzazione nella nostra Regione nella gestione complessiva dei pazienti con Fibrosi polmonare idiopatica?

MENNUTI - Un aspetto che potrebbe essere utilmente affrontato e gestito a livello di Dipartimento aziendale di Medicina generale è senza dubbio rappresentato dalla diagnosi quanto più possibile precoce della malattia. Considerando che le interstiziopatie polmonari sono nettamente inferiori in termini di incidenza e prevalenza rispetto ad esempio alla ben più frequente BPCO, l'attività dipartimentale potrebbe servire per individuare quei soggetti da sottoporre a Rx del torace e spirometria prima dell'eventuale invio allo specialista.

ROTTOLI - I medici di famiglia, soprattutto nell'ottica del Chronic Care Model attivo nella nostra Regione, hanno il compito importantissimo di inquadrare correttamente il paziente con dispnea cronica soprattutto nelle prime fasi di malattia. L'anamnesi accurata, la visita clinica, l'indagine radiologica e le prove di funzionalità respiratoria possono infatti fornire informazioni importantissime sul deficit respiratorio che si sta manifestando in un determinato soggetto, se cioè di tipo ostruttivo, che depone maggiormente per una BPCO, oppure di tipo restrittivo, che potrebbe invece far pensare ad un quadro di Fibrosi polmonare idiopatica o più genericamente di interstiziopatia polmonare.

PALLA - Il messaggio che non vorrei venisse fuori dalla nostra discussione è che la diagnosi di interstiziopatia debba essere demandata al medico di medicina generale, visto che si tratta di un compito che assolutamente deve essere riservato ai Centri di riferimento specialistici. Compito dei colleghi della medicina generale deve piuttosto essere quello di sospettare che in un proprio pa-



Dal PDTA per la Fibrosi Polmonare Idiopatica della Azienda Ospedaliera Universitaria Senese.

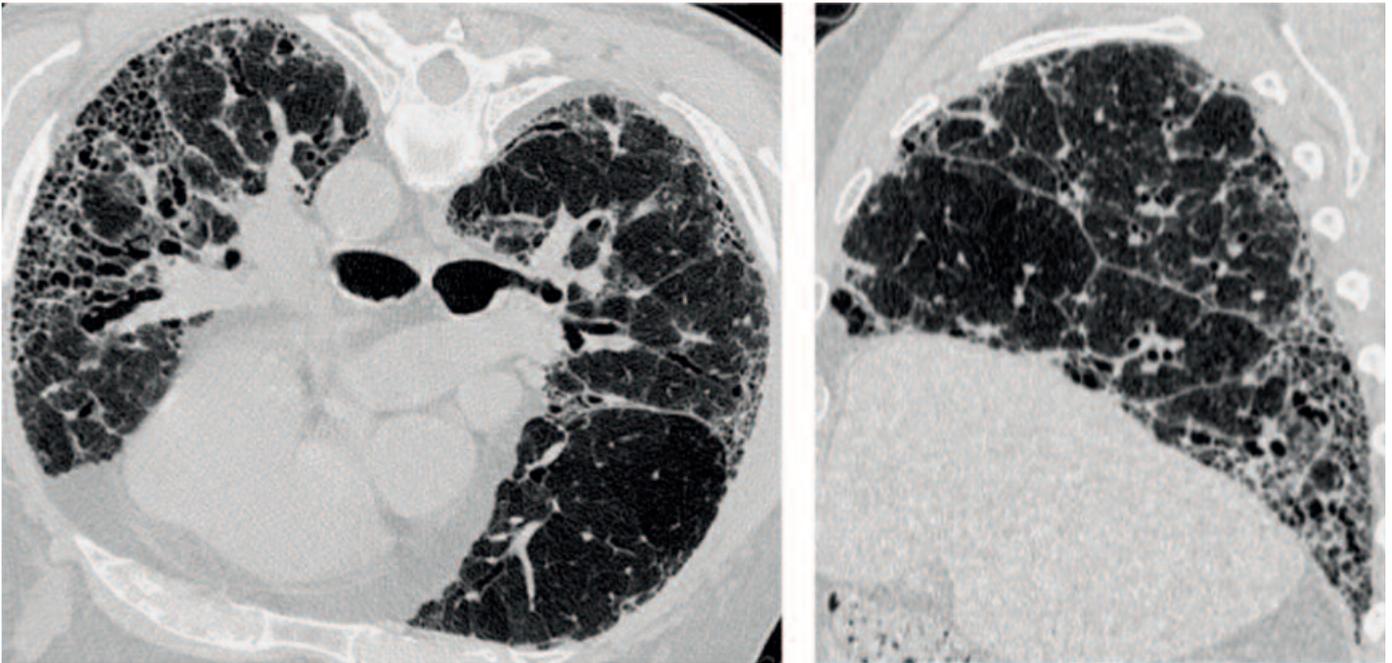
ziente qualcosa potrebbe anche essere in via di evoluzione verso simili patologie e che pertanto sia necessario l'intervento dello specialista.

In molti casi, come già detto, una radiografia del torace eseguita per una tosse stizzosa, persistente ed ancora da inquadrare, oppure un reperto auscultatorio dubbio, possono davvero rivelarsi di importanza capitale.

MENNUTI - Dalla mia lunga esperienza di medico di famiglia e dal punto di vista dell'attività di organizzazione che sto svolgendo adesso, mi viene tuttavia il dubbio che il compito del medico di famiglia sia molto più difficile di quanto detto fino ad ora. Credo infatti che, di fronte a quadri clinici respiratori di difficile inquadramento diagnostico-terapeutico, il rischio di ri-

correre ad accertamenti di livello avanzato e di rinvio troppo frequente allo specialista possa finire per mettere in crisi l'intero sistema.

✓ **TOSCANA MEDICA** - In Toscana esiste un percorso strutturato che conduca questi pazienti dal primo contatto con il medico di base fino alla presa in carica da parte dei Centri di riferimento?



TC ad alta risoluzione (HRCT) di paziente con IPF (pattern UIP): honeycombing basale mantellare. UOC Malattie Respiratorie e Trapianto Polmonare - UOC Diagnostica per immagini, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese - Università degli Studi di Siena.

ROSI - Intanto ricordiamo che la Fibrosi polmonare idiopatica, in quanto malattia considerata rara, ha diritto nella nostra Regione ad un codice di esenzione che permette ai malati di usufruire al meglio delle necessarie prestazioni di diagnosi e cura.

Nello specifico a Careggi abbiamo creato un ambulatorio dedicato alle interstiziopatie polmonari al quale è possibile accedere con richiesta del medico di famiglia o dello specialista territoriale per una presa in carico complessiva dei pazienti quanto più veloce possibile e che si avvale di un Gruppo multidisciplinare a cui partecipano pneumologi, radiologi, anatomo-patologi, medici del lavoro e reumatologi.

ROTTOLI - La Toscana riconosce la Fibrosi polmonare idiopatica come malattia rara addirittura fin dal 2009, preceduta solo dal Piemonte e dalla Valle d'Aosta.

Ad oggi il Coordinamento Regionale delle malattie rare, nel quale sono coordinatore per le malattie polmonari, ha istituito una rete toscana per la gestione di queste patologie e adesso sta aspettando che con i nuovi LEA venga loro riconosciuta l'importanza che già hanno ottenuto a livello europeo. Il Centro di Siena è stato recentemente incluso fra i centri di ex-

pertise (per la fibrosi polmonare idiopatica ed altre interstiziopatie) delle reti ERN (European Reference Network) per le malattie rare previste dalla Direttiva europea per l'assistenza transfrontaliera.

BROCCA - Il dipartimento del farmaco con il contributo della Regione, degli specialisti e della prof.ssa Rottoli per questa specifica patologia ha elaborato un Prontuario per le Malattie Rare, per unificare i trattamenti ed eliminare disuguaglianze assistenziali nell'accesso ai farmaci.

Tale Prontuario, che sarà validato dalla Commissione Terapeutica Regionale, è collegato ad una revisione della prescrizione con elaborazione del piano terapeutico direttamente dal Registro Toscano delle Malattie Rare.

ROTTOLI - Il percorso oggi attivo nella nostra Regione ha come scopo primario quello di raggiungere il prima possibile la diagnosi nell'ambito di una discussione del gruppo multidisciplinare, ricorrendo soprattutto all'esecuzione di una TC toracica ad alta risoluzione che, in mano a radiologi opportunamente preparati, consente nella maggior parte dei casi, la conferma del sospetto clinico senza dover effettuare la biopsia.

Tra l'altro non bisogna sottovalutare il rischio che al paziente respiratorio cronico venga attribuita, al di fuori dell'ambiente specialistico, una diagnosi generica di BPCO. Distinguere tra Fibrosi polmonare idiopatica e BPCO riveste una importanza fondamentale per il trattamento appropriato, dato che oggi disponiamo di terapie anche per la prima condizione che in passato non esistevano, senza dimenticare che in molti casi anche una BPCO può presentarsi con una interstiziopatia associata (fibrosi ed enfisema). Fino a poco tempo fa noi avevamo gli strumenti per curare soltanto le forme ostruttive, dovendo purtroppo lasciare praticamente alla loro naturale evoluzione i casi di compromissione dell'interstizio.

Considerata poi l'importanza dei reperti auscultatori nell'orientare il percorso diagnostico di un'iniziale "insufficienza respiratoria", vorrei ricordare che gli studenti di Medicina della mia Università, oltre alla pratica clinica in Reparto, possono frequentare sedute di simulazione su specifici manichini in grado di riprodurre i reperti auscultatori di tutte le malattie respiratorie, comprese ovviamente le interstiziopatie.

PALLA - Come diceva giustamente la professoressa Rottoli la Tc ad alta ri-

Gruppo Interdisciplinare Interstiziopatie Polmonari (GIIP)

Incontri: dal 2012 dapprima mensili, da circa un anno bimensili

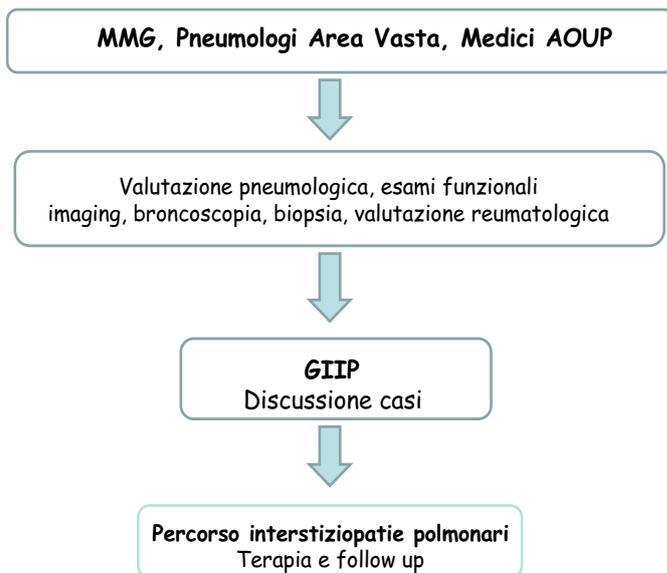
Partecipanti

- Pneumologia (Pneumologia Universitaria, S.V.D. Fisiopatologia Respiratoria, Pneumologi Area Vasta)
- Radiologia (U.O. Radiodiagnostica II e Radiologi Dipartimento Immagini)
- Anatomia Patologica III
- Reumatologia
- Medicina del lavoro

Discussione di casi clinici

Percorso Aziendale del paziente con sospetto di interstiziopatia polmonare

(Dottoressa L. Tavanti)



Resoconto attività GIIP

Da luglio 2012 a settembre 2016:

82 riunioni operative

534 discussioni di casi relativi a 404 pazienti

130 di queste sono state prese in considerazione nel corso di 2 o più riunioni

soluzione permette una diagnosi quasi definitiva di interstiziopatia polmonare, rappresentando una sorta di discriminazione tra prima e dopo la diagnosi, lungo un percorso di presa in carico dei pazienti che deve essere comunque sempre multidisciplinare.

In questo senso a Pisa, seguendo le linee guida del 2011, dal 2012 abbiamo creato il cosiddetto Gruppo Interdisciplinare per le Interstiziopatie Polmonari (G.I.I.P.) che si riunisce a scadenze predefinite e del quale fanno parte pneumologi, radiologi, reumatologi (a causa della frequente necessità di escludere diagnosi relative a patologie di competenza reumatologica), medici del lavoro ed anatomopatologi, indispensabili in quei casi in cui sia necessaria la conferma del laboratorio. Inoltre a Pisa i pazienti possono contare su un ambulatorio dedicato alle interstiziopatie polmonari, inserito in un percorso finalizzato, specificamente riconosciuto dalla Direzione aziendale.

ROTTOLI - Concordo pienamente sul fatto che le interstiziopatie polmonari debbano essere gestite a livello multidisciplinare e che questo approccio non possa che essere portato avanti dai Centri autorizzati dalla Regione che in Toscana afferiscono alle tre Aziende Ospedaliere Universitarie. Anche a Siena è attivo da anni il gruppo multidisciplinare per la discussione dei casi di interstiziopatia polmonare e vi ha sede il Centro di Riferimento Regionale per la Sarcoidosi ed altre Interstiziopatie Polmonari.

✓ **TOSCANA MEDICA** - Affrontiamo adesso la questione della terapia che anche nel caso della Fibrosi polmonare idiopatica si scontra necessariamente con due concetti di fondo: il costo elevato e il numero relativamente basso di pazienti da trattare. Quale è oggi lo stato dell'arte nella cura di queste malattie?

ROSI - La Fibrosi polmonare idiopatica, grazie alle nuove conoscenze, non può più essere considerata una malattia infiammatoria e ciò ha portato ad abbandonare le terapie fino a poco tempo fa impiegate a base di cortisonici ed immunosoppressori che anzi

oggi vengono considerate nocive per questo tipo di pazienti.

Oggi per tenere sotto controllo la malattia si usano fondamentalmente due farmaci, il pirfenidone, il primo farmaco ad essere stato introdotto sul mercato, e il nintedanib un inibitore della tirosinchinasi, di più recente utilizzo. Il pirfenidone, di cui è stata dimostrata l'efficacia nel ridurre la progressione di malattia ed in particolare il peggioramento progressivo della funzionalità respiratoria, in Italia dal 2013 può essere prescritto dagli specialisti dei Centri di riferimento che in Toscana, come già detto, sono le tre Aziende ospedaliere – universitarie di Firenze, Pisa e Siena. Più recentemente queste strutture hanno ricevuto l'autorizzazione a prescrivere anche nintedanib, del quale però ancora non conosciamo a fondo le potenzialità visto la sua recentissima entrata in commercio.

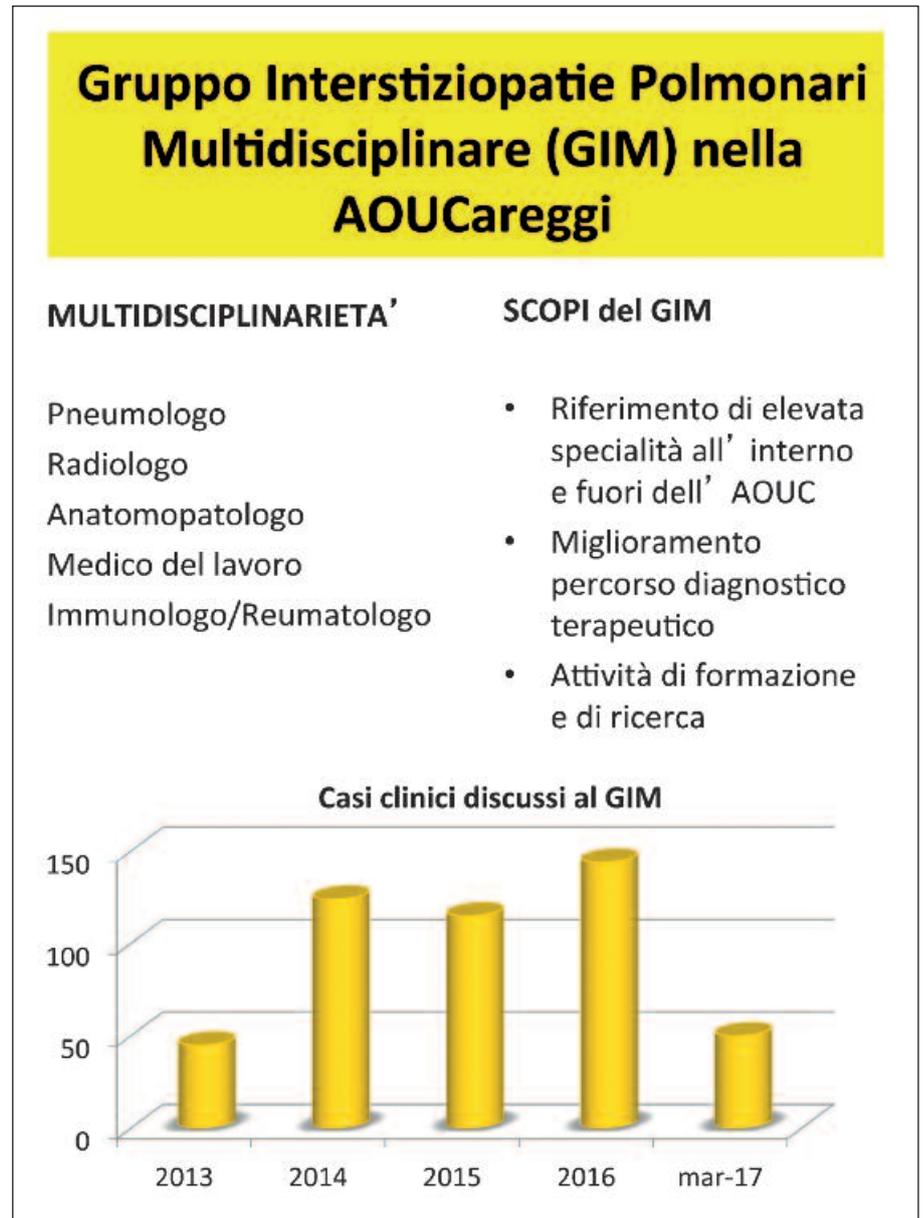
✓ **TOSCANA MEDICA** - Come si deve comportare il medico di medicina generale che abbia tra i propri assistiti un paziente in terapia con le molecole adesso ricordate e che si trovi di fronte a una reazione avversa o indesiderata?

ROTTOLI - Quando proponiamo l'utilizzo di questi farmaci, oltre a fare informazione con i pazienti ai quali facciamo firmare un modulo per il consenso informato alla terapia, condividiamo le nostre scelte di cure anche con il medico curante del soggetto che viene opportunamente informato sulla gestione di queste situazioni.

Per quanto riguarda gli effetti collaterali, questi sono per lo più di scarsa importanza e generalmente ben controllabili. Il pirfenidone può talvolta causare aumento delle transaminasi, qualche problematica a livello dell'apparato gastrointestinale oppure, in un numero limitato di casi, una fastidiosa reazione cutanea da fotosensibilità.

L'effetto collaterale più frequente della somministrazione di nintedanib è invece la diarrea che talvolta può creare ai pazienti qualche problema di tollerabilità della terapia, oppure l'aumento delle transaminasi.

I nostri pazienti devono pertanto venire seguiti nel tempo con molta at-



tenzione e per questo possono sempre contattarci per telefono, mail oppure per mezzo dei servizi di messaggia istantanea: con questo nostro comportamento devo riconoscere che l'abbandono della terapia a causa degli eventuali effetti collaterali è ad oggi estremamente limitato.

Tra l'altro la terapia della Fibrosi polmonare idiopatica è continuamente in evoluzione ed attualmente esistono studi che stanno indagando l'associazione di pirfenidone e nintedanib o di entrambi con altre molecole, come il sildenafil, farmaco impiegato per la terapia dell'ipertensione arteriosa polmonare.

Appare ovvio pertanto che i medici di base debbano essere informati di queste nuove potenzialità e proprio per que-

sto è nostra cura organizzare con loro periodici momenti di aggiornamento e confronto al fine di migliorare l'assistenza ai soggetti con questo tipo di patologia.

GIUSTINI - Il medico di famiglia oltre ad aggiornarsi su queste nuove terapie deve concordare con lo specialista la terapia di supporto che di norma consiste nell'O₂ per l'ipossia, nella riabilitazione polmonare, e nel trattamento antibiotico per la polmonite. Molto bisogna insistere affinché l'abitudine tabagica sia smessa. Partecipare a un gruppo di sostegno può aiutare a ridurre lo stress della malattia.

✓ **TOSCANA MEDICA** - La prescrivibilità di questi farmaci esclusivamente da

parte dei Centri di Firenze, Pisa e Siena è un modello condivisibile, considerando l'estensione della nostra Regione ed il ritardo nell'informatizzazione di molte procedure e della trasmissione dei dati?

MENNUTI - Il fatto che le terapie per la Fibrosi polmonare idiopatica siano demandate solo ai Centri di riferimento a mio parere dovrebbe rendere ancora più stretto il rapporto tra medici di medicina generale e specialisti. I nostri pazienti non sono infatti quelli accuratamente selezionati descritti nei grandi studi clinici della Letteratura ma persone reali, spesso con polipatologie importanti e costrette ad assumere ogni giorno quantità enormi di farmaci con evidenti ricadute sull'aderenza alla terapia. Per questo il medico curante deve poter avere un canale diretto per comunicare con gli specialisti quando qualche problema dovesse presentarsi. In questo senso credo che, accanto agli innegabili vantaggi dell'informatica, anche il "vecchio" telefono possa continuare ad avere una certa importanza nella comunicazione relativa a soggetti affetti da patologie tutto sommato non così frequenti.

PALLA - Noi stiamo molto attenti a coinvolgere i medici di famiglia nella gestione di queste situazioni cliniche che seppure rare presentano tuttavia, come dicevamo prima, un incremento oggi abbastanza significativo. Accanto ai curanti inoltre noi cerchiamo sempre la collaborazione con le Associazioni dei malati, con le quali organizziamo incontri periodici durante i quali scam-

biarsi esperienze, consigli, informazioni, richieste di aiuto.

ROSI - Anche nella mia esperienza il rapporto con i medici di medicina generale è molto costruttivo ed assai utili appaiono le riunioni multidisciplinari nelle quali vengono discussi i singoli casi. Ovviamente, a seconda delle capacità di ognuno, l'informatica fornisce un grande aiuto, sia per i colleghi della medicina di base che per gli stessi malati.

✓ **TOSCANA MEDICA** - Talvolta si ha la sensazione che all'interno di un dato percorso di cura limitare la prescrizione di alcuni farmaci solamente agli specialisti sia più dettato da motivi di ordine essenzialmente economico piuttosto che clinico.

Nel caso della terapia della Fibrosi polmonare idiopatica la sostenibilità del sistema può essere considerata a rischio?

ROTTOLI - Anche in questo campo la Regione Toscana ha deciso di muoversi seguendo il criterio dell'appropriatezza terapeutica e, trattandosi di farmaci soggetti a monitoraggio AIFA e non semplici da gestire, ha limitato la loro prescrivibilità ai soli Centri autorizzati presso le tre Aziende Ospedaliere Universitarie.

Essendo patologie rare la cui diagnosi appare di notevole difficoltà, e in attesa dell'individuazione di specifici biomarcatori che ne consentano il raggiungimento quanto più precocemente possibile, è ragionevole pensare che in Toscana le modalità di prescrizione non saranno modificate ed ampliate a breve.

PALLA - La terapia della Fibrosi polmonare idiopatica è certamente costosa, ma non poi più di tanto in particolare rispetto ad altre che in altri campi della Medicina garantiscono risultati clinici nettamente inferiori.

Inoltre, proprio a causa del costo elevato dei farmaci specifici, credo sia fondamentale selezionare con la massima precisione possibile i pazienti e seguirli nel tempo alla ricerca di eventuali eventi indesiderati. Queste attività credo debbano essere di competenza esclusiva dei Centri di riferimento ai quali di conseguenza deve essere riservata l'esclusiva possibilità di prescrizione.

ROTTOLI - Anche a mio avviso questi pazienti devono essere seguiti da strutture adeguatamente predisposte individuate dalla Regione, come del resto già si verifica. Infatti nella Fibrosi polmonare idiopatica, durante l'evoluzione clinica ad andamento sostanzialmente cronico, possono manifestarsi delle crisi di insufficienza respiratoria acuta frequentemente ad esito infausto (dette esacerbazioni acute).

Le nuove opzioni di cura sembrano efficaci anche nel ridurre il numero e l'intensità di questi pericolosissimi episodi di acuzie.

Comunque è importantissimo ricordare che nella prescrizione dei farmaci per la Fibrosi polmonare idiopatica anche i Centri di riferimento devono sottostare ad alcune limitazioni imposte da AIFA e relative, ad esempio, al grado di compromissione della funzionalità respiratoria e all'età dei pazienti.



Con il contributo incondizionato di Roche S.p.A.

Una malattia sempre meno rara

di Antonio Panti



ORDINE DEI MEDICI
CHIRURGI
E DEGLI ODONTOIATRI
DI FIRENZE

Nel gruppo delle interstiziopatie polmonari, affezioni assai rare, la fibrosi polmonare idiopatica è forse la più importante. Allo stato attuale delle nostre conoscenze la prevalenza è di circa 30 casi ogni 100 mila abitanti e l'incidenza di 5x10.000. È una malattia a eziologia sconosciuta, sicuramente genetica, su cui il fumo incide in modo particolare; da tempo è chiaro che si tratti di un disordine epiteliale fibroblastico non infiammatorio. Ecco quindi l'inefficacia degli steroidi e la necessità di trovare molecole che inibiscano la distruzione del parenchima che provoca insufficienza respiratoria e purtroppo una morte entro 3-5 anni. Si tratta quindi di una malattia assai grave, che i moderni mezzi diagnostici portano a diagnosticare più precocemente e con maggior frequenza e che può essere affrontata con innovazioni terapeutiche costose.

Questa patologia rappresenta il paradigma di una situazione tipica della medicina moderna, che sempre più consente di personalizzare le cure almeno rispetto a piccoli target affetti da gravi forme morbose, con impegni economici elevati e quindi ponendo il

problema della sostenibilità dei valori del Servizio Sanitario. La scelta fra curare chiunque ne abbia bisogno oppure chi se lo può permettere sta dividendo il mondo e, se vogliamo restare fedeli ai valori del nostro sistema, occorre riflettere sull'appropriatezza della prescrizione. È quello che hanno fatto i nostri esperti, arrivando però a conclusioni abbastanza tranquillizzanti, sia perché il paziente può essere seguito in un percorso razionale, sia perché le cure appropriate, oltre a risparmiare vite umane, incidono positivamente su altri costi sociali riguardanti l'attività lavorativa e l'assistenza dei pazienti.

Certamente il medico di medicina generale deve essere ben attento a selezionare, all'interno del vasto campo della BPCO, i casi che possono indurre a sospetto per una dispnea e una tosse più gravi e più rapidamente evolutive, per i crepitii basali, per il reflusso gastroesofageo e quindi eseguire una radiografia in base alla quale rinviare allo pneumologo, che svolgerà tutti gli accertamenti per completare la diagnosi. Poi questi pazienti vanno affidati a Centri di alta specializzazione dove operano gruppi interdisciplinari e

dove si può prescrivere e monitorare la terapia. Ovviamente questi sono i tre Centri universitari, il che pone, data la vastità della nostra Regione, il problema della collaborazione con i medici di famiglia. La riorganizzazione della rete territoriale migliorerà certamente questo snodo così importante per la cura del paziente, ma già adesso sappiamo che i rapporti si svolgono con sufficiente scorrevolezza.

Questi Centri sono gli unici autorizzati dalla Regione a prescrivere i farmaci attualmente in uso. Il paziente firmerà un consenso e il medico di famiglia riceverà una lettera informativa. In tal modo si potrà collaborare anche per affrontare eventuali effetti collaterali, fra cui il più importante è la diarrea. L'AIFA ha posto severi limiti per la prescrizione di questi farmaci e gli specialisti si augurano che questi siano presto superati onde poter allargare la prescrizione. In effetti questi farmaci associati alla ossigenoterapia stanno dimostrando buoni risultati. È evidente che c'è ancora da lavorare per migliorare il percorso assistenziale di questi pazienti ma, nell'insieme, possiamo dire che il sistema Toscana è sufficientemente efficace.

LEGENDA

Si ricorda che è possibile attivare i **link** tramite **codice QR**. Nella versione **PDF**, scaricabile dal sito dell'ordine di Firenze o dall'app, attivare i link dove sono presenti i seguenti **simboli**



Codice QR

rimando link esterno con applicazione smartphone



URL

Rimando link esterno



Sommario

Rimando alla pagina dell'interno



e-mail

Rimando al programma e-mail

La meningite

Quando la malattia diventa cronaca

di Eleonora Bellini, Luca Petrone, Saffi Giustini



ELEONORA BELLINI, medico in formazione in Medicina Generale - Pistoia.



LUCA PETRONE, medico in formazione in Medicina Generale - Pistoia.



SAFFI GIUSTINI, medico di medicina generale - SIMG coordinatore AFT - Pistoia.

La meningite da meningococco è una malattia estremamente aggressiva, spesso mortale. Unico rimedio, la prevenzione vaccinale. Il Caso Toscana, i dati più recenti e le decisioni adottate.

Parole chiave:
meningococco, vaccinazioni, scheda vaccinale, protezione, immunità di gregge, epidemia

La meningite batterica è un'**infezione purulenta acuta** all'interno dello spazio subaracnoideo. Si associa ad una reazione infiammatoria del SNC, che può indurre un abbassamento del livello di coscienza, convulsioni, innalzamento della pressione intracranica (PIC) e ic-tus. Le meningi, lo spazio subaracnoideo e il parenchima cerebrale sono spesso tutti coinvolti nella reazione infiammatoria (meningoencefalite)¹.

Tra gli agenti batterici che causano la meningite si annoverano **Neisseria meningitidis** (o meningococco, i cui sierogruppi più diffusi sono A, B, C, Y, W135, X), **Streptococcus pneumoniae** (o pneumococco) ed **Haemophilus influenzae**.

Il più aggressivo è il meningococco C che, insieme al B, è il più frequente in Italia e in Europa.

I più colpiti dal sierogruppo C sono i bambini al di sotto dei cinque anni d'età, gli adolescenti ed i giovani adulti. Il sierogruppo B colpisce soprattutto i bambini sotto l'anno.

Esistono tre tipi di vaccino anti-meningococco: il vaccino coniugato contro il meningococco C (**MenC**) che è il più frequentemente utilizzato e protegge solo dal sierogruppo C, il vaccino coniugato tetravalente che protegge dai sierogruppi A, C, W135 e Y, ed il vaccino contro il meningococco B che protegge esclusivamente contro questo sierogruppo².

La scheda vaccinale attualmente in vigore prevede la *vaccinazione anti-meningococco C* nei **bambini** che abbiano compiuto un anno di età mentre è consigliato un richiamo, con vaccino tetravalente per gli **adolescenti**, in quanto questi ultimi rientrano tra le

categorie a maggiore rischio di contagio (rischio che comunque è basso rispetto ad altre malattie infettive molto più contagiose, come influenza e morbillo). Per chi è stato vaccinato da bambino, al momento non è previsto alcun richiamo, anche se è comunque consigliabile effettuarlo. In alcune Regioni il richiamo nell'adolescenza è già stato inserito in calendario ed il vaccino è offerto gratuitamente. Anche il nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale introduce una dose di richiamo nell'adolescenza per rafforzare la risposta immunitaria ad una eventuale infezione. Il vaccino tetravalente coniugato anti-meningococco A, C, Y, W135 è consigliato anche agli adolescenti che non siano stati vaccinati da piccoli e dovrebbe comunque essere somministrato a chi si reca in Paesi ove siano presenti i sierogruppi di meningococco contenuti nel vaccino (ad esempio alcune zone dell'Africa).

Al di fuori delle due fasce di età sopra citate, il vaccino è **fortemente**

raccomandato in persone a rischio perché affette da alcune patologie (come talassemia, diabete, malattie epatiche croniche gravi, immunodeficienze congenite o acquisite, asplenia, ecc.) ed è consigliato anche in presenza di particolari condizioni (lattanti che frequentano gli asili nido, ragazzi che vivono in colleg che dormono in dormitori, reclute militari, e, come sopra accennato, per chiunque debba recarsi in regioni del mondo dove la malattia meningococcica è comune). La vaccinazione negli adulti non è raccomandata a meno che non siano presenti i fattori di rischio o le condizioni sopra riportate.

La vaccinazione anti-meningococco C è gratuita e il calendario nazionale prevede la somministrazione di una sola dose a 13 mesi. Il vaccino è gratuito per gli adolescenti e raccomandato sia a chi non sia mai stato vaccinato nell'infanzia sia a chi abbia già ricevuto la dose prevista a 13 mesi. Per il resto l'offerta vaccinale varia da Regione a Regione.

La situazione in Toscana relativamente alla vaccinazione anti-meningococco di tipo C: la scheda vaccinale attualmente in vigore nella regione Toscana prevede una **prima dose** dopo il compimento dell'anno di età dal 13° al 15° mese (preferibilmente al 15°), con vaccino coniugato monovalente C; una **seconda dose (non prevista dal precedente calendario vaccinale)** dai 6 anni compiuti ai 9 non compiuti, con vaccino coniugato monovalente C; una **terza dose** a 13 anni compiuti, con vaccino coniugato tetravalente ACWY.

Nella fascia di età 9-20 anni (dai 9 compiuti ai 20 non compiuti), ai ragazzi già vaccinati con una dose di vaccino da più di 5 anni, viene garantita l'offerta attiva e gratuita della seconda o della terza dose, con vaccino coniugato tetravalente ACWY.

Nella fase di transizione al nuovo calendario vaccinale, viene garantita l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione ai non vaccinati di qualsiasi età, fino al compimento dei 20 anni.

In più, per rafforzare le misure di prevenzione, si prevede l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione anti-meningococcica, con vaccino coniu-

gato ACWY, ai gruppi a rischio. Finora nella fascia di età 14-20 anni è stato vaccinato il 70-75% dei ragazzi. Questa percentuale non è ancora soddisfacente: occorre coinvolgere anche lo "zoccolo duro" corrispondente a circa il 10-15%.

Proroga della campagna straordinaria di vaccinazione anti-meningococco C: la campagna, varata dalla Regione nell'aprile 2015, e già prorogata più volte, è stata ulteriormente prorogata **fino al 30 giugno 2017**³.

Essa prevede: *Offerta gratuita della vaccinazione contro il meningococco C*

- alle persone di età tra 20 e 45 anni residenti nell'area della Asl Toscana Nord-Ovest e della Asl Toscana Sud-Est;
- alle persone dai 20 anni compiuti residenti nell'area dell'Asl Toscana Centro;
- alle persone sottoposte a profilassi in quanto a contatto con un caso di meningococco C.
- alle persone che hanno frequentato la stessa comunità in cui si è verificato un caso di sepsi/meningite da meningococco C nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi con contatto stretto o regolare, su valutazione dell'Igiene Pubblica della Azienda USL;
- agli studenti fuori sede delle Università presenti sul territorio toscano.

Offerta della vaccinazione con partecipazione al costo della spesa:

- alle persone oltre i 45 anni di età residenti nella Asl Toscana Nord-Ovest e della Asl Toscana Sud-Est;
- alle persone non residenti che frequentano in modo continuativo il territorio toscano.

La *vaccinazione anti-meningococco B* è attualmente offerta gratuitamente ai bambini nel corso del primo anno di vita solo in alcune regioni, ma lo sarà presto anche a livello nazionale appena entrerà in vigore il nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale. In particolare, il nuovo calendario nazionale prevede la somministrazione di 3 dosi nel corso del primo anno di vita più un richiamo dopo l'anno di età.

Per il resto l'offerta vaccinale varia da Regione a Regione e prevede dosaggi diversi a seconda dell'età in cui si inizia a vaccinare.

Per quanto riguarda i vaccini contro gli altri agenti batterici della meningite, la *vaccinazione anti-Haemophilus Influenzae B* (emofilo tipo B) è solitamente effettuata, gratuitamente, insieme a quella antitetanica, antidifterica, antiptosse, antipolio e antiepatite B, al 3°, 5° e 11° mese di vita del bambino, come da calendario vaccinale italiano. Non sono necessari ulteriori richiami.

La medicina generale e la marginalizzazione crescente nell'attività prescrittiva...



... è solo un problema di competenze ... o un problema finanziario. E l'impatto sulle liste d'attesa? E l'aderenza terapeutica...

La *vaccinazione anti-Streptococcus pneumoniae* (pneumococco) è offerta gratuitamente e il calendario nazionale prevede la somministrazione di 3 dosi, al 3°, 5° e 11° mese di vita del bambino. In alcune regioni l'offerta gratuita della vaccinazione anti-pneumococcica è stata estesa anche agli anziani. Il nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale ne prevede l'offerta attiva e gratuita ai soggetti di 65 anni di età.

La **durata della protezione** dipende dal tipo di vaccino e dall'età in cui viene somministrato: mentre alcuni vaccini, come quello anti-epatite B, conferiscono una protezione duratura lungo tutto l'arco della vita, altri vaccini, come quelli contro difterite e tetano, necessitano di richiami decennali.

Riguardo ai vaccini anti-meningococcici, i dati attualmente disponibili in letteratura non consentono di stabilire la necessità di un richiamo; tuttavia, in Italia, con il nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, è stata inserita una dose di richiamo nell'adolescenza, in quanto è un'età a maggior rischio rispetto al resto della popolazione: ciò sia per rafforzare la risposta immunitaria ad una eventuale infezione, sia per mantenerla elevata nel caso in cui si sia indebolita, sia per garantire l'instaurarsi della cosiddetta *immunità di gregge*, essenziale per limitare la circolazione di determinati agenti infettivi ormai sotto controllo ed evitarne il riemergere, difendendo così anche le fasce di popolazione più vulnerabili come anziani, bambini molto piccoli ancora non completamente vaccinati e soggetti a rischio.

Per completezza è doveroso chiarire che tutti i vaccini hanno un'efficacia, a seconda del tipo, dall'80 al 95%: una parte di *non responders* è quindi prevista. Dopo il ciclo primario di vaccinazione sappiamo che le medie geometriche anticorpali si riducono nel tempo e possiamo considerare che tale fenomeno sia più spiccato quanto prima venga effettuata la vaccinazione. Secondo le evidenze scientifiche disponibili, in media, **gli anticorpi rimangono protettivi per circa cinque anni**. Pertanto, la meningite sviluppatasi in soggetti vaccinati può essere dovuta o al fatto che gli anticorpi sono scesi nel tempo al di sotto della soglia di protezione

o al fatto che l'individuo non li ha sviluppati.

La meningite in Toscana: è davvero epidemia?

Nel biennio 2015-2016 in Toscana si è registrato un numero **insolitamente elevato** di casi di infezione meningococcica. In particolare sono stati registrati 79 casi, di cui 38 nel 2015 e 41 nel 2016, con un'incidenza, quindi, di 1,01 casi su 100.000 abitanti, un valore triplo rispetto a quello registrato nelle altre regioni d'Italia nello stesso periodo. Tali cifre appaiono ancor più eclatanti se si pensa che la quasi totalità dei casi è stata osservata nell'area fiorentina e nelle zone limitrofe.

L'evento ha avuto una notevole risonanza mediatica e non è passato inosservato alle autorità sanitarie, tanto che nel territorio in questione, come ricordato poco sopra, sono state messe in atto iniziative straordinarie di prevenzione; tuttavia, le autorità non hanno ritenuto necessario definire quest'incremento di casi come "epidemia".

In primo luogo, in nessuno dei pazienti affetti sono stati isolati ceppi patogeni sconosciuti, né dotati di virulenza tale da giustificare i recenti dati epidemiologici.

In secondo luogo, alcuni autori ritengono che i nuovi valori di incidenza siano almeno in parte riconducibili all'introduzione di tecniche diagnostiche più accurate: a partire dalla fine del 2014, infatti, un singolo laboratorio, situato presso l'ospedale pediatrico Meyer di Firenze, analizza tutti i campioni provenienti da casi sospetti di meningite meningococcica relativi all'intero territorio toscano. Tale indagine è eseguita tramite tecniche di *real time polymerase chain reaction* (rPCR), che possiedono una sensibilità diagnostica circa doppia rispetto all'esame colturale tradizionale (il 58% dei malati sottoposti ad entrambi gli esami è risultato positivo solo alla rPCR). Se aggiungiamo il fatto che, dei casi di infezione da meningococco C riconosciuti tramite tale esame nello scorso biennio, metà presentava clinicamente sepsi in assenza di segni di meningismo, è possibile ipotizzare che in passato un numero significativo di infezioni invasive da *Neis-*

seria meningitidis di tipo C possano essere stati etichettati come "dovuta a un germe sconosciuto", basandosi sulla falsa negatività delle colture⁴.

Il meningococco può comportarsi da microrganismo commensale, instaurando un rapporto di breve durata con l'organismo ospite, annidandosi a livello faringeo. Una recente indagine ha permesso di stabilire che la prevalenza di tali soggetti "portatori" è del 2,5%, con una massima rappresentazione del sierogruppo B (1,6% complessivamente), dato sostanzialmente in linea con i tassi osservati in altre regioni d'Europa⁵. I dati epidemiologici relativi all'infezione meningococcica sono coerenti con quelli appena esposti: in Europa si osserva un'incidenza annua tra 0,11 e 1,77 casi per 100.000 abitanti. L'Italia si assesta vicina all'estremità inferiore di questa distribuzione, con un'incidenza di circa 0,3/100.000. L'aumento dei casi registrati a livello toscano ha incrementato il tasso a circa 1/100.000 (comunque inferiore all'1,3 di Regno Unito ed Irlanda).

È ipotizzabile che tali differenze derivino da fattori organizzativi e alla diversa efficienza dei sistemi di riconoscimento, segnalazione e diagnosi più che da reali differenze nell'incidenza della patologia nelle diverse aree geografiche.

Per fortuna la politica vaccinale messa tempestivamente in atto dalla Regione Toscana è adeguata: la meningite meningococcica si può prevenire e, eventualmente, affrontare con un trattamento tempestivo.

@ drsaffigiustini@gmail.com

NOTE

¹ Fauci et al. Harrison, *Principi di medicina interna* 17^a edizione, McGraw-hill companies, 2009

² Domande frequenti sulla meningite – Ministero della Salute Italiano http://www.salute.gov.it/portale/p5_1_1.jsp?lingua=italiano&id=104.

³ <http://www.regione.toscana.it/-/campagna-contro-il-meningococco-c>

⁴ <http://www.scienzainrete.it/articolo/matematica-della-meningite/eugenio-pacchiara-azzari/2017-01-13>

⁵ Studio ARS con il contributo dell'Istituto Superiore di Sanità <https://www.ars.toscana.it/en/press-room/comunicatistampa/3592-meningite-i-risultati-delle-indagini-dell-ars.html>

FAQ SULLA MENINGITE

A cura di: Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità (ISS) e Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)

Ecco dieci cose da sapere sulla meningite in Italia, soprattutto sulla forma più aggressiva, quella di natura batterica, e sulle vaccinazioni disponibili per prevenirla.

L'analisi dei dati conferma che non esiste alcuna evidenza di emergenza di sanità pubblica a livello nazionale.

È importante seguire il calendario vaccinale e consultare sempre il proprio medico in merito all'opportunità e alle tempistiche delle vaccinazioni.

1. C'è oggi un'emergenza meningite?

Non c'è attualmente un'emergenza di meningite. In base ai dati dell'ISS, nel 2015 e nel 2016 si sono verificati in Italia quasi 200 casi per anno di malattia invasiva da meningococco, la maggior parte dei quali causati dai sierogruppi B e C. L'andamento rispecchia il trend degli ultimi anni. In generale, la letalità riguarda il 10% dei casi.

Il vaccino va somministrato solo alle fasce di popolazione raccomandate e ai gruppi a rischio, per mantenere alta la protezione collettiva e individuale dalla malattia. La diffusione della meningite in generale è bassa ed è rimasta costante negli ultimi cinque anni.

L'unica variazione epidemiologica negli ultimi due anni riguarda il focolaio di meningococco C presente in Toscana, che è però circoscritto in un'area specifica nella quale la Regione ha immediatamente predisposto l'offerta gratuita della vaccinazione ad una ampia quota della popolazione.

2. Quali batteri causano la meningite?

Tra gli agenti batterici che causano la meningite il più temuto è *Neisseria meningitidis* (meningococco), oltre a *Streptococcus pneumoniae* (pneumococco) e *Haemophilus influenzae*. Del meningococco esistono diversi sierogruppi, dei quali i

più diffusi sono: A, B, C, Y, W135, X.

Il più aggressivo è il meningococco di sierogruppo C, che insieme al B è il più frequente in Italia e in Europa.

3. Quali sono le fasce più a rischio di contrarre l'infezione causata dai diversi tipi di meningococco?

I bambini piccoli (al di sotto dei 5 anni di età) e gli adolescenti, ma anche i giovani adulti, sono a rischio più elevato di contrarre infezione e malattia. Per quanto riguarda il sierogruppo B, la maggior parte dei casi si concentra fra i bambini più piccoli, al di sotto dell'anno di età.

4. Quali sono i vaccini a disposizione contro la meningite ed esattamente, contro quali ceppi?

Esistono tre tipi di vaccino anti-meningococco:

- il vaccino coniugato contro il meningococco di sierogruppo C (MenC): è il più frequentemente utilizzato e protegge solo dal sierogruppo C;
- il vaccino coniugato tetravalente: protegge dai sierogruppi A, C, W e Y;
- il vaccino contro il meningococco di tipo B: protegge esclusivamente contro questo sierogruppo.

5. Sono obbligatori o raccomandati?

Alcuni vaccini sono già raccomandati e offerti gratuitamente, altri invece lo saranno appena entrerà in vigore il nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, già firmato dal Ministro della Salute, dal Ministro dell'Economia e ora alla firma del Presidente del Consiglio. La scheda vaccinale attualmente in vigore prevede la vaccinazione anti-meningococco C nei bambini che abbiano compiuto un anno di età, mentre è consigliato un richiamo con vaccino tetravalente per gli adolescenti. Il vaccino tetravalente coniugato anti-meningococco A, C, Y, W è consigliato anche per gli adolescenti che non sono stati vaccinati da piccoli e dovrebbe co-

munque essere somministrato a chi si reca in Paesi ove sono presenti i sierogruppi di meningococco contenuti nel vaccino. Al di fuori delle due fasce di età sopracitate, il vaccino è fortemente raccomandato in persone a rischio perché affette da alcune patologie (talassemia, diabete, malattie epatiche croniche gravi, immunodeficienze congenite o acquisite, asplenia, ecc.), ed è consigliato anche in presenza di particolari condizioni (lattanti che frequentano gli asili nido, ragazzi che vivono in collegi, dormono in dormitori, reclute militari, e, come sopra accennato, per chiunque debba recarsi in regioni del mondo dove la malattia meningococcica è comune, come ad esempio alcune zone dell'Africa). Il vaccino contro il meningococco B è attualmente offerto gratuitamente ai bambini nel corso del primo anno di vita solo in alcune regioni, e lo sarà presto anche a livello nazionale.

6. Quali sono gratuiti e quali a carico del cittadino?

La vaccinazione contro il meningococco C è gratuita e il calendario nazionale prevede la somministrazione di una sola dose a 13 mesi. Il vaccino è, inoltre, gratuito per gli adolescenti e raccomandato sia a chi non fosse mai stato vaccinato nell'infanzia sia a chi avesse già ricevuto la dose prevista a 13 mesi. Per il resto l'offerta vaccinale varia da regione a regione. Per esempio, al posto del vaccino monovalente contro il meningococco C, alcune regioni hanno inserito in calendario, nell'infanzia e/o nell'adolescenza, il vaccino tetravalente che protegge nei confronti dei ceppi A, C, Y, W.

La vaccinazione contro il meningococco B prevede dosaggi diversi a seconda dell'età in cui si inizia a vaccinare, anche se il vaccino è indicato soprattutto al di sotto di un anno di età. Al momento, questo vaccino è gratuito solo in alcune regioni e lo sarà a livello nazionale appena entrerà



in vigore il nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale. In particolare, il nuovo calendario nazionale prevede la somministrazione di 3 dosi nel corso del primo anno di vita più un richiamo dopo l'anno di età. Per il resto l'offerta vaccinale varia da regione a regione.

Per quanto riguarda i vaccini contro gli altri agenti batterici della meningite, la vaccinazione contro *Haemophilus Influenzae B* (emofilo tipo B) è solitamente effettuata, gratuitamente, insieme a quella antitetanica, antidifterica, antipertosse, antipolio e anti-epatite B, al 3°, 5° e 11° mese di vita del bambino, come da calendario vaccinale italiano. Non sono necessari ulteriori richiami.

La vaccinazione contro *Streptococcus pneumoniae* (pneumococco) è offerta gratuitamente e il calendario nazionale prevede la somministrazione di 3 dosi, al 3°, 5° e 11° mese di vita del bambino. In alcune regioni l'offerta gratuita della vaccinazione anti-pneumococcica è stata estesa anche agli anziani. Il nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale ne prevede l'offerta attiva e gratuita ai soggetti di 65 anni di età.

7. Quanto dura l'effetto della protezione vaccinale?

Generalmente, la durata della protezione dipende dal tipo di vaccino e dall'età a cui viene somministrato. Infatti, mentre alcuni vaccini, come

quello anti-epatite B, conferiscono una protezione duratura lungo tutto l'arco della vita, per altri vaccini, come quelli contro difterite e tetano, sono raccomandati richiami decennali. Riguardo ai vaccini anti-meningococcici, i dati attualmente disponibili in letteratura non consentono di stabilire la necessità di un richiamo. In Italia, con il nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, è stata inserita una dose di richiamo nell'adolescenza in quanto è un'età a maggior rischio (seppur sempre molto basso) rispetto al resto della popolazione per rafforzare la risposta immunitaria ad una eventuale infezione.

8. Qual è il valore del richiamo vaccinale?

Il richiamo di una vaccinazione permette di mantenere elevata la protezione immunitaria individuale nei confronti di una specifica malattia infettiva e garantire, qualora i livelli di copertura vaccinale siano elevati anche nella popolazione generale, l'instaurarsi della cosiddetta immunità di gregge, una specie di scudo di protezione, essenziale a limitare la circolazione di un determinato microbo ed evitare il riemergere di malattie ormai sotto controllo, difendendo così anche le fasce di popolazione più vulnerabili come anziani, bambini molto piccoli ancora non completamente vaccinati e soggetti a rischio.

9. Negli adolescenti va fatta la vaccinazione? E se è stata fatta a un anno di età va fatto un richiamo?

La vaccinazione contro il meningococco C, o meglio il vaccino tetravalente, è certamente consigliabile per gli adolescenti, in quanto rientrano tra le categorie a maggiore rischio di contagio, sebbene limitato rispetto ad altre malattie infettive molto più contagiose, come influenza e morbillo. Per chi è stato vaccinato da bambino al momento non è previsto alcun richiamo, anche se è comunque consigliabile effettuarlo. In alcune regioni il richiamo nell'adolescenza è già stato inserito in calendario e il vaccino è offerto gratuitamente. Anche il nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale introduce una dose di richiamo nell'adolescenza per rafforzare la risposta immunitaria ad una eventuale infezione.

10. Per gli adulti che nell'infanzia non sono stati vaccinati contro il meningococco è consigliata la vaccinazione?

La vaccinazione negli adulti non è raccomandata a meno che non siano presenti i fattori di rischio o le condizioni sopra riportate. Chi ha dubbi è opportuno che si rivolga alla ASL o al proprio medico di base.

11. Come mai si sono registrati dei casi di meningite da meningococco C in soggetti vaccinati per tale batterio?

Tutti i vaccini non hanno un'efficacia del 100% ma, a seconda del tipo, dall'80 al 95%. Pertanto una parte di *non responders* è prevista. Dopo il ciclo primario di vaccinazione si sa che le medie geometriche anticorpali si riducono nel tempo. Si può considerare che tale fenomeno è più spiccato tanto prima viene effettuata la vaccinazione. I dati in nostro possesso ci fanno pensare che in media gli anticorpi rimangono protettivi per circa cinque anni. Pertanto le meningiti in soggetti vaccinati possono essere dovute o al fatto che gli anticorpi siano scesi nel tempo al di sotto della soglia di protezione o a un loro mancato sviluppo da parte dell'individuo.

La matematica della meningite

di Eugenio Paci, Chiara Azzari

Un quadro epidemiologico sull'infezione da meningococco. Come le innovazioni tecnologiche potrebbero incidere sui numeri delle diagnosi. L'importanza dei mass-media e dell'atteggiamento del decisore pubblico.

Parole chiave:
epidemia mediatica, anomalo aumento, esame colturale

È presente in tutti i paesi europei, è rara, ma spaventa. Soprattutto dopo l'aumento di casi nella Regione Toscana. Stiamo parlando della meningite meningococcica. Secondo le autorità sanitarie nazionali si tratterebbe più che altro di una "epidemia mediatica" e i numeri più alti della Toscana sono un aumento in qualche modo anomalo. Facendo due conti, però, due esperti della sanità toscana spiegano che l'aumento dei casi locali è tutt'altro che anomalo: dipende piuttosto dal fatto che negli ultimi due anni gli ospedali toscani, a partire dal Meyer di Firenze, utilizzano una metodica molecolare più avanzata della semplice indagine colturale, e che quindi "vede" tutti i casi di meningite da meningococco, altrimenti sottostimati. E se "anormali" fossero quindi i dati delle altre regioni? Se questo è vero, cosa comporta



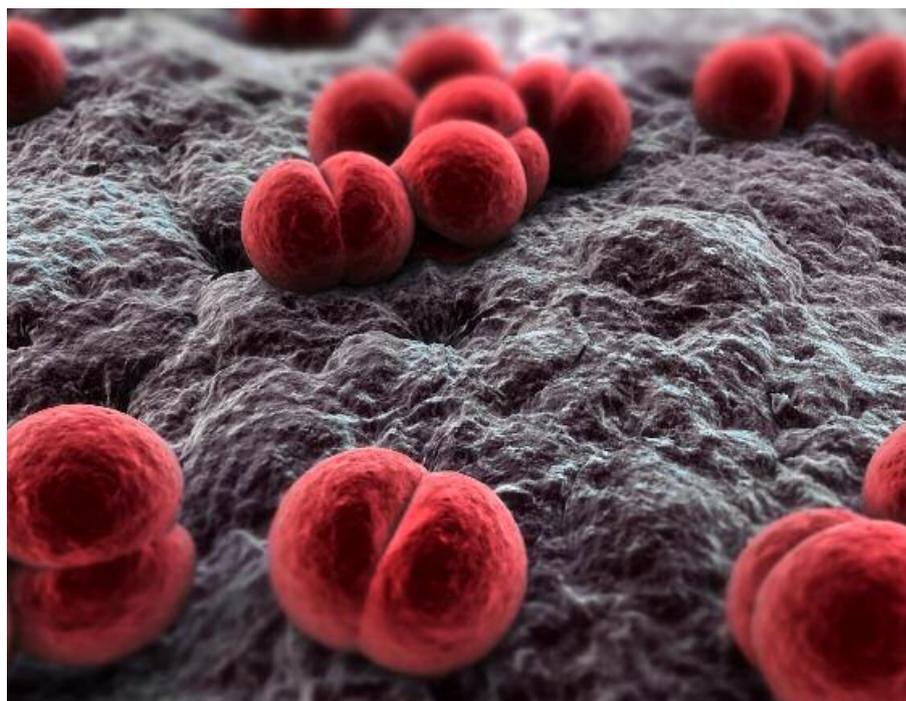
EUGENIO PACI, epidemiologo, membro del Comitato Etico Pediatrico regionale, Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer - Firenze.



CHIARA AZZARI, direttore laboratorio di Immunologia e Malattie Infettive, Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer - Firenze.

l'emersione di questi casi in termini di decisioni nazionali sui vaccini, e in termini di comunicazione? (l.c.)

Il Rapporto dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) del gennaio 2016 riporta i numeri per le regioni italiane dei casi di meningite da meningococco dal 2014 al 2016. Nella Riflessione che accompagna il Rapporto ("Meningite: l'epidemia è solo mediatica") si afferma: "Cosa succede? È veramente un'emergenza? Cosa è cambiato? Co-



	2014	2015	2016*
Abruzzo	1	4	3
Basilicata	1	1	2
Calabria	1	1	3
Campania	15	10	16
Emilia-Romagna	16	14	17
Friuli Venezia Giulia	0	2	2
Lazio	13	24	18
Liguria	1	2	4
Lombardia	45	34	30
Marche	0	2	6
Molise	0	0	0
P.A. Bolzano	3	5	1
P.A. Trento	2	3	1
Piemonte	10	9	14
Puglia	9	12	7
Sardegna	3	4	5
Sicilia	11	13	8
Toscana	16	38	41
Umbria	1	4	0
Valle d'Aosta	1	2	1
Veneto	15	12	12
Totale	164	196	191

*Nota: dati 2016 parziali
Fonte: Sorveglianza nazionale delle malattie batteriche invasive - Iss/ministero della Salute (aggiornati al 2 gennaio 2017)

Tabella 1 - Numero di casi di MIB da Meningococco per regione. Italia. 2014-2016.

sa dobbiamo temere? La risposta è più semplice di quanto molti possano pensare: si tratta solamente di una 'epidemia mediatica', in cui il patogeno, che si sta moltiplicando a dismisura, contagiando giornali e lettori, è semplicemente la notizia giornalistica".

Sul "Corriere della sera", in un insolito editoriale, Paolo Mieli presenta, con evidente pathos, la questione della difficile decisione che la Regione Toscana sta affrontando sulla obbligatorietà dei vaccini, conseguenza anche della "epidemia, forse" che si è verificata in Toscana.

I soggetti che in Italia si sono ammalati di meningite batterica da meningococco sono stati – dal 2014 al 2016 – rispettivamente 164, 196 e 191. Escludendo la Regione Toscana, 148, 158, 150. I dati quindi parrebbero confermare l'idea che i media, stimolati dalla tragedia che rappresenta ogni singola morte per meningite, abbiano sovraesposto il tema dando l'impressione di una epidemia che in realtà non c'è. La meningite da meningococco, soprattutto B e C, esiste stabilmente in Italia e in Europa. Quindi, è chiaro, il problema è la Regione Toscana (rispettivamente 16, 38, 41 casi registrati nei tre anni), dove, si afferma

nel documento dell'Istituto Superiore di Sanità, ci troviamo di fronte non a un'epidemia ma ad un "anomalo aumento, dal gennaio 2015, di casi da meningococco C nella zona centrale della regione". Nella comunicazione, però, non si spiega al pubblico quale sia la differenza tra *epidemia* e *anomalo aumento*.

Nella Tabella 1 i dati sono presentati come numeri assoluti, ma evidentemente l'epidemiologia dipende dalla numerosità della popolazione. La rilevazione in questo caso è fatta per Regione e, utilizzando le popolazioni regionali, in effetti si vede bene la differenza tra aree. Il dato 2015 è 1,01 per 100.000 abitanti nella Regione Toscana, 0,31 in Emilia Romagna, 0,34 in Lombardia e 0,32 in Italia. Un dato toscano che è quindi di circa tre volte superiore al dato italiano. Usando la stessa popolazione, si nota bene il salto avvenuto tra il 2014 e il 2015, mentre il dato 2016 è simile, cioè non mostra in maniera chiara, almeno per ora, una tendenza ad un ulteriore incremento. Un'epidemia, può pensare qualcuno, dovrebbe estendersi, interessare altre aree della regione Toscana, mentre questa rimane confinata all'area fiorentina, quasi in un'area amministrativa.

Aumento anomalo o epidemia?

Paola Stefanelli (ISS) e colleghi accludono al rapporto online una pubblicazione scientifica in cui si parla di un "unusual increase" dell'incidenza e ricordano le iniziative di ricerca che sono state messe in opera per capire cosa sta succedendo e valutare se i ceppi di meningococco stiano diffondendosi ad altre aree italiane. Al momento non ritengono necessario prevedere messaggi per le persone che si recano in Regione Toscana. Nelle Domande/Risposte che accompagnano, a scopo informativo e comunicativo, il rapporto dell'ISS, si dice che per gli adulti non è raccomandata la vaccinazione. Se si vuole, però, vi si può ricorrere, anche se non è gratuita (a parte la Toscana, dove si è intervenuti appositamente). Alcuni viaggiatori, comunque, sono stati informati che qualche problema c'è. Il 2 dicembre 2015, l'Overseas Security Advisory Council (OSAC) del Dipartimento di Stato Americano, ha pubblicato un Security Message (ancora disponibile online) sulla meningite batterica in Toscana: "Local health authorities have reported that in Tuscany, there have been 38 registered cases of meningitis since January 2015... Out of the 38 cases, there were 9 deaths... Currently, it has not been recommended to avoid Tuscany... There have been no known cases outside of Tuscany". L'epidemia non c'è, ma, come si suole dire, "uomo avisato, mezzo salvato".

Nel maggio 2016 è uscito un altro lavoro scientifico pubblicato sul *Journal of Infection*, sempre a prima firma di Paola Stefanelli, in cui si conferma, con un'interessante e approfondita analisi genomica dei casi registrati in Toscana nel 2015, che un aumento della incidenza può avvenire, imprevedibilmente, a causa di ceppi ipervirulenti anche in aree con alti tassi di vaccinazione. I ceppi di meningococco C trovati nelle analisi non erano comunque sconosciuti, bensì già segnalati in altre aree europee e italiane.

Conclusione. L'Italia non presenta numeri particolari di meningite meningococcica e quindi non c'è epidemia: non ha senso mandare un reporter ogni giorno negli ospedali a caccia di persone con diagnosi di meningite. Però...

Table 2. Numbers and rates of confirmed invasive meningococcal disease reported cases, EU/EEA, 2008-12

Country	2012					2011		2010		2009		2008	
	National data	Report type	Cases	Rate	ASR	Cases	Rate	Cases	Rate	Cases	Rate	Cases	Rate
Austria	Y	C	56	0.67	0.71	50	0.60	85	1.02	89	1.07	84	1.01
Belgium	N	C	115	-	-	111	-	96	-	104	-	111	-
Bulgaria	Y	A	8	0.11	0.12	13	0.18	8	0.11	16	0.21	20	0.27
Cyprus	N	C	6	-	-	1	-	1	0.12	1	0.13	2	0.26
Czech Republic	Y	C	59	0.56	0.56	63	0.60	60	0.57	80	0.77	82	0.79
Denmark	Y	C	56	1.00	0.95	72	1.30	66	1.19	71	1.29	64	1.17
Estonia	Y	C	6	0.45	0.44	7	0.53	2	0.15	5	0.37	6	0.45
Finland	Y	C	33	0.61	0.59	34	0.63	34	0.64	33	0.62	28	0.53
France	Y	C	550	0.84	0.81	563	0.87	511	0.79	606	0.94	657	1.03
Germany	Y	C	354	0.43	0.48	370	0.45	384	0.47	493	0.60	452	0.55
Greece	Y	C	59	0.53	0.58	52	0.47	55	0.49	77	0.69	78	0.70
Hungary	Y	C	51	0.52	0.54	67	0.68	37	0.38	37	0.38	30	0.30
Ireland	Y	C	60	1.31	1.04	89	1.95	98	2.15	134	2.96	152	3.41
Italy	Y	C	136	0.23	0.25	152	0.26	150	0.25	181	0.31	179	0.31
Latvia	Y	C	4	0.20	0.21	2	0.10	5	0.24	4	0.19	7	0.32
Lithuania	Y	C	53	1.77	1.81	42	1.38	48	1.53	39	1.23	48	1.49
Luxembourg	Y	C	3	0.57	0.36	2	0.39	1	0.20	3	0.61	2	0.41
Malta	Y	C	4	0.96	0.90	6	1.45	2	0.48	5	1.22	3	0.74
Netherlands	Y	C	109	0.65	0.64	106	0.64	143	0.86	152	0.92	162	0.99
Poland	Y	C	239	0.62	0.61	282	0.73	228	0.60	302	0.79	338	0.89
Portugal	Y	C	69	0.66	0.71	77	0.74	80	0.77	65	0.63	61	0.59
Romania	Y	C	71	0.35	0.36	68	0.34	52	0.26	102	0.51	104	0.51
Slovakia	Y	C	31	0.57	0.56	21	0.39	37	0.69	39	0.73	48	0.89
Slovenia	Y	C	9	0.44	0.46	13	0.63	9	0.44	15	0.74	24	1.19
Spain	Y	C	335	0.72	0.72	435	0.93	404	0.87	533	1.15	590	1.29
Sweden	Y	C	103	1.09	1.04	68	0.72	67	0.72	65	0.70	49	0.53
United Kingdom	Y	C	864	1.36	1.23	1036	1.66	1008	1.62	1194	1.94	1356	2.22
EU Total	-	-	3443	0.68	0.68	3802	0.76	3671	0.73	4445	0.89	4737	0.96
Iceland	-	-	-	-	-	2	0.63	2	0.63	5	1.57	2	0.63
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Norway	Y	C	24	0.48	0.47	37	0.75	39	0.80	44	0.92	36	0.76
EU/EEA Total	-	-	3467	0.68	0.68	3841	0.76	3712	0.74	4494	0.89	4775	0.95

Tabella 2 - Numeri e percentuali di casi segnalati per la malattia invasiva del meningococco, EUROPA, 2008-2012.

L'anomalo aumento in regione Toscana non si riesce a spiegare dandogli un altro nome: la preoccupazione si diffonde e l'editoriale di Mieli spiega bene che in questo momento lasciare buchi di comunicazione e informazione è davvero pericoloso, anche per la complessità che ha assunto la questione vaccini.

La domanda che viene spontanea è: il problema rimane dei toscani (o di chi va in Toscana, forse) oppure può riguardare alla lunga tutti i cittadini italiani, cioè si può passare da un *aumento anomalo* locale a uno nazionale? Se in Toscana il differenziale di incidenza persiste, come sembra, o magari aumenta, non sarà il caso di prendere provvedimenti stabili su tutto il territorio italiano?

La meningite è presente in tutta Europa, ed è una malattia rara

Nel report della sorveglianza europea aggiornato al 2012 (Rapporto Sorveglianza ECDC, 2014) si osserva che la meningite batterica da meningococco è rara in Europa, con 0,68 casi per 100.000, ma con valori che hanno un range (massimo-minimo) da 0,11 a 1,77 casi. I valori maggiori si osservano in Lituania (1,77), Regno Unito (1,36), Svezia (1,09) e Irlanda (1,31).

Le differenze tra paesi, riportate dal sistema informativo europeo di sorveglianza, sono notevoli e, come viene argomentato, esprimono una realtà complessa, che trova molte spiegazioni, esplicitate nel Rapporto, in diversi fat-

tori organizzativi, laboratoristici e di pratica clinica.

Comunque, rispetto alla media europea, l'Italia ha un numero basso di casi (meno della Grecia, altro paese mediterraneo), ma il quadro che viene presentato da questi dati fa più pensare alla disomogeneità del sistema informativo di sorveglianza e di caratterizzazione dei casi che non alle sole differenze reali tra paesi. Il dato interessante, e da sottolineare, è comunque che il valore della Regione Toscana nel 2015 rientra tra quelli che si sono registrati nel 2012 in paesi normalmente considerati di ottimo livello sanitario. In ogni caso, è bene essere chiari, anche ai valori

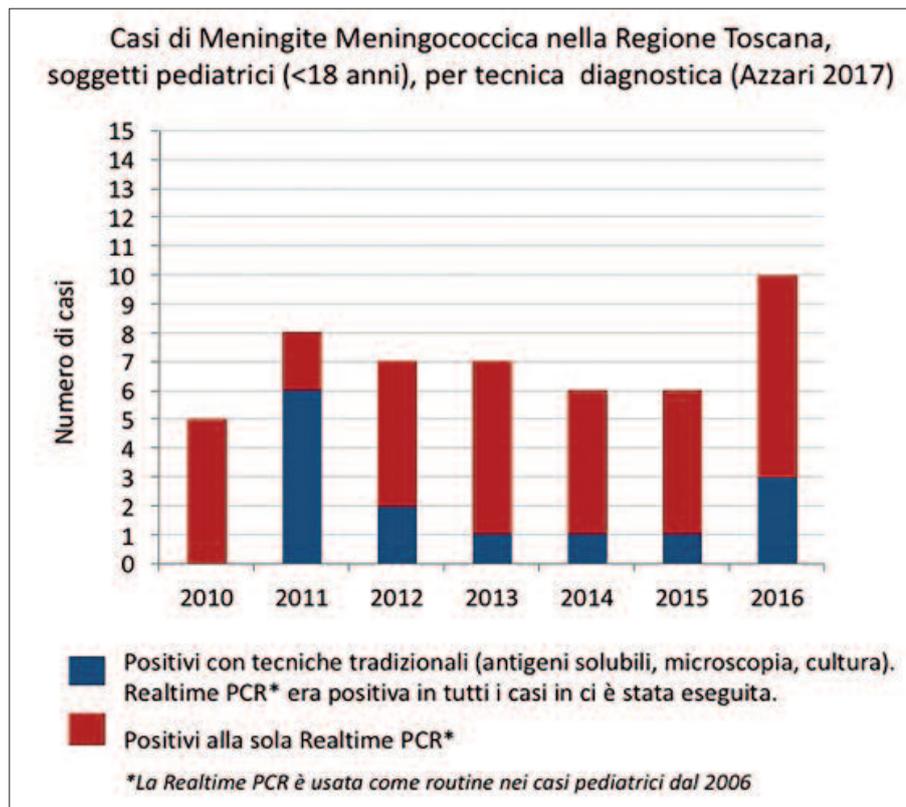


Tabella 3

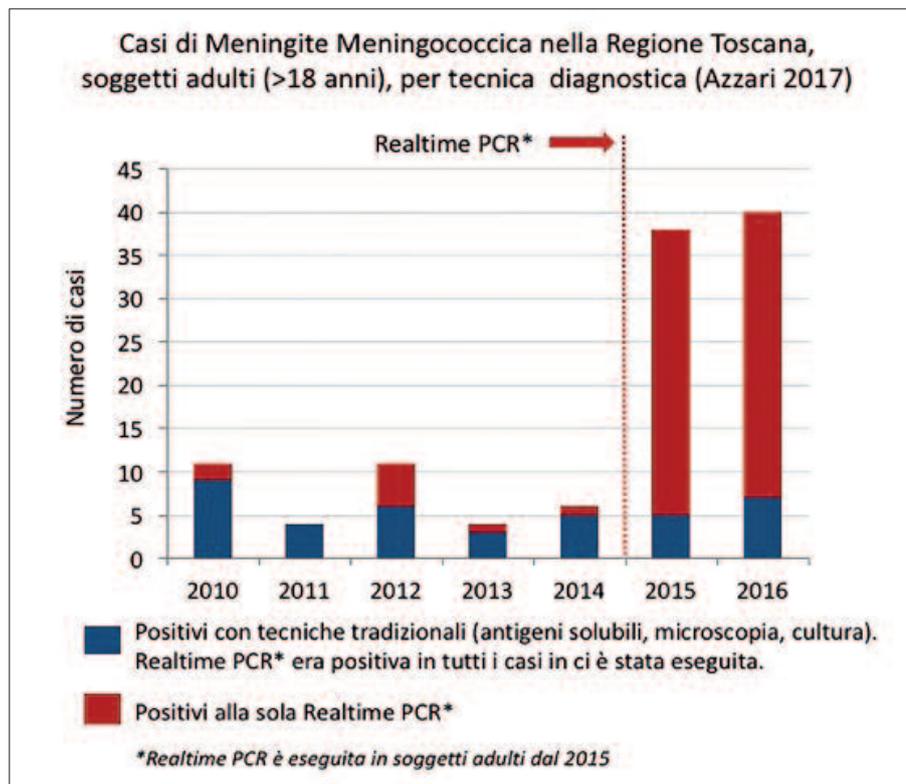


Tabella 4

più alti nel numero dei casi per 100.000 abitanti, stiamo parlando di un'evenienza rara e in linea con l'andamento stagionale tipico di queste patologie.

Perché proprio in Toscana?

Questa valutazione sembra confermare un'ipotesi che di recente è stata indirettamente avanzata da uno studio nazionale condotto da uno degli auto-

Le Tabelle 3 e 4 mostrano l'andamento negli ultimi anni dei casi di meningite meningococcica negli adulti (>18 anni) e nei minori (<18 anni). Nei casi giovanili, la rPCR è stata usata da diversi anni, mentre negli adulti il suo utilizzo è conseguenza della centralizzazione dell'attività decisa dalla Regione Toscana presso il Laboratorio del Meyer e pienamente attiva dal 2015.

ri di questo articolo. Nel lavoro, intitolato "Underestimation of Invasive Meningococcal Disease in Italy" (Chiara Azzari e al.), gli autori presentano un contributo del laboratorio dell'Ospedale Universitario Meyer di Firenze che valuta la nuova metodica che il gruppo ha applicato nella diagnosi della meningite meningococcica, utilizzando tecniche di rPCR (un test che si avvale di tecnologie biomolecolari). La finalità di questo lavoro era soprattutto quella di ottenere migliori dati di incidenza al fine di valutare l'efficacia delle politiche vaccinali.

È infatti evidente che se si fa diagnosi di meningite meningococcica con test caratterizzati da diversa accuratezza, la conseguenza non può che essere un'impresione (e anche errori grossolani) nella comparazione delle condizioni della popolazione con offerta di vaccinazione con quelle in cui la vaccinazione non è stata proposta.

Basandosi sull'analisi di 222 casi di meningite diagnosticati sulla base di segni o sintomi clinici, la presenza del meningococco è stata accertata per finalità di ricerca sullo stesso materiale biologico di ogni caso sia mediante l'esame culturale (test convenzionale di riconoscimento batteriologico) sia mediante la Realtime PCR (rPCR, nuovo test di riconoscimento genetico). Il 42% dei casi di meningite meningococcica che hanno portato a morte il paziente (in tutto 26 casi fatali) erano stati misclassificati, cioè erano stati giudicati come non dovuti al meningococco, e sono stati riclassificati come positivi al meningococco grazie alla rPCR. Dei campioni di soggetti malati di meningite ugualmente sottoposti a entrambi i test, il 58% era stato diagnosticato come meningite meningococcica dalla sola rPCR (positiva nel 100% dei casi).

Questo dato è stato considerato importante nel mondo scientifico e clinico, ma ha anche avuto un grande impatto nella pratica clinica in regione Toscana. Infatti, proprio dalla fine del 2014, l'esame della rPCR viene eseguito su tutti i casi regionali in un unico laboratorio centralizzato presso l'Istituto Meyer. Il fattore di sottostima in questi dati di laboratorio è valutato nell'ordine di 3,28 volte. Nelle incidenze italiane 2015, il dato tra Italia e regione Toscana appare fortemente condizionato da questa possibile distorsione della comparabilità tra metodiche utilizzate e quindi fra aree.

A diversi livelli tecnologici corrispondono diagnosi e numeri diversi

Ci troviamo davanti a un vero paradosso derivante dall'innovazione tecnologica. Migliore opportunità di diagnosi, con nuove tecniche di avanguardia nel mondo, permettono di identificare casi che evidentemente non era possibile individuare con i mezzi tradizionali. Un aumento dei casi che sarebbe attribuibile, almeno in parte, al disvelamento della causa di una patologia, finora non attribuita. Un fatto non nuovo in quest'epoca di sviluppo della tecnologia medica, ma che ogni volta sorprende e ostacola la comprensione. Una sfida notevole per chi si occupa di reti di sorveglianza che presentano così vari e diffusi livelli di qualità, nella completezza come nel livello di sviluppo tecnologico.

D'altra parte il fatto che la maggioranza dei casi non possa essere diagnosticata negli ospedali dove si utilizza soltanto il tradizionale metodo colturale non è un'esperienza solo italiana. Nel Regno Unito recenti pubblicazioni di Ladhani e del suo gruppo di ricercatori hanno dimostrato che il 58% dei casi vengono diagnosticati solo con i metodi molecolari (rPCR); questa proporzione è ancora più alta in Grecia, dove il gruppo di Papavasileiou dimostra che l'80% dei casi vengono identificati solo con la rPCR e non dalla coltura; in pratica l'esperienza di altri paesi ci dice che laddove si usi la rPCR il numero dei casi identificati è molto superiore (da 2,5 a 4 volte) e che nei paesi che utilizzano la sola coltura molti casi rimangono clas-

sificati come "sepsi o meningite dovuta ad un germe sconosciuto" e il numero delle infezioni meningococciche è grandemente sottostimato.

I media hanno le loro responsabilità, ma anche la sanità pubblica dovrebbe riflettere

È impensabile che l'opinione pubblica non ragioni sui numeri che le sono proposti e si accontenti, in presenza di una situazione così preoccupante, di giri di parole. Quando i riflettori si accendono sui singoli casi, la paura non può che scoppiare. Sicuramente quella che è stata proposta è una spiegazione che è parte della verità (il meningococco C11 è certamente un ceppo aggressivo e da sorvegliare e non sono da sottovalutare movimenti nell'infettività), ma il problema comunicativo nasce dal fatto che non si è compresa la domanda di fondo, da cui sorge la preoccupazione. Se non si dà una spiegazione del potenziale di pericolosità per i cittadini italiani dell'estensione dell'anomalo aumento toscano, è difficile bloccare un'epidemia mediatica, che è ogni giorno sorretta dalla nuova tragedia di una persona malata di meningite.

Per fortuna la politica ad oggi messa in atto dalla Regione Toscana è adeguata, promuovendo la vaccinazione per questa malattia, perché il problema meningite esiste, va identificato e soprattutto si può prevenire se affrontato con un trattamento tempestivo. Ma le politiche fatte su spinte emergenziali, sulla base della paura e delle emozioni, non solo sono stressanti per tutti, ma anche più deboli. Una attenta programmazione, con adeguate valutazioni dell'impatto della vaccinazione e della sua efficacia (considerando che una politica vaccinale per i bambini è attiva da anni), deve essere fatta con attenzione e attraverso studi che tengano conto della situazione epidemiologica, possibilmente non in presenza di un'emergenza.

L'importante, in questo come in altri casi, è innanzitutto cercare di capire cosa succede, e se serve ammettere con chiarezza che non si capisce. Questa interpretazione che viene dall'esperienza locale toscana può senz'altro aiutare a capire.

Alcune precisazioni (aggiornato il 31 Gennaio 2017)

Nel rapporto "Dati di sorveglianza delle malattie batteriche invasive aggiornati al 16 novembre 2016" dell'Istituto Superiore di Sanità si legge che *"le differenze regionali, in termini di metodi diagnostici utilizzati, attitudine alla notifica, invio degli isolati ai centri di riferimento ed esecuzione della tipizzazione, possono influenzare la rappresentatività dei dati riportati in questo rapporto"*.

Nel proporre una spiegazione per l'anomalo aumento in Toscana, abbiamo fatto riferimento proprio a queste differenze regionali nei sistemi di diagnosi e sorveglianza, identificandole come un fattore che condiziona fortemente le stime di incidenza sul territorio. Riteniamo che la riorganizzazione della raccolta dati nella regione Toscana e la diffusione dell'uso della rPCR abbiano modificato in meglio il sistema di sorveglianza e abbiamo cercato di documentarlo.

I limiti del sistema informativo nazionale, d'altra parte, sono noti. Ne parla anche il recente Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-19, che presenta un indicatore per il sistema informativo e che si propone di migliorarlo proprio per quanto riguarda le mancate diagnosi di meningite dovute a errori di classificazione o di interpretazione diagnostica. In alcuni casi, infatti, quando le infezioni si verificano con sintomatologia inusuale (ad esempio quella tipica della polmonite, come può capitare più frequentemente in soggetti anziani) è possibile che la diagnosi non venga sospettata e le ricerche microbiologiche non vengano eseguite (si veda il lavoro di Ellen Heinsbroek e collaboratori pubblicato nel 2013 sul *Journal of Infection*). Anche l'utilizzo di tecnologie non sufficientemente sensibili per la diagnosi di meningite batterica è un problema ben conosciuto e studiato in letteratura. Negli ospedali dove si utilizza solo la coltura si potrà identificare solo 1/3 dei casi, mentre i 2/3 rimarranno "sepsi o meningite dovuta a germe non identificato" (si veda il già citato lavoro di Ellen Heinsbroek e collaboratori). Infine, va ricordata la necessità di assicurare la segnalazione dei casi diagnosticati (anche sospetti o negativi) al-

la sorveglianza centrale dell'Istituto Superiore di Sanità. Il fatto che il quadro sia complicato è ben evidente in questo report del coordinamento epidemiologico dell'Università di Padova sui dati della Regione Veneto, che descrive le tante criticità del processo. Anche la definizione del numero dei casi attesi nelle diverse aree della Regione Toscana richiede una certa cautela. Le segnalazioni dei casi regionali (documentate nella comunicazione di Paola Stefanelli e collaboratori su *Euro Surveillances* del marzo 2016 e riassunta sul portale Epicentro) sono anche funzione della densità abitativa dei comuni toscani, che viene mostrata nella Figura a fianco (fonte: IRPET). Non stupisce, infatti, che la maggior parte dei casi di meningite si verifichi in quelli a più alta densità abitativa. Oggi, grazie alla circolare regionale, nel Sud della Toscana, così come in tutti gli ospedali della regione, i campioni vengono testati sia localmente (con le tecnologie colturali) che inviati al Laboratorio dell'Ospedale Meyer a Firenze, ove sono sottoposti a indagini molecolari (in specifico, rPCR). Infine, ogni ospedale in Italia che diagnostica un caso deve inoltrare l'informazione alla sorveglianza nazionale. Ma se a tutt'oggi vengono inviati i campioni cresciuti in coltura e non tutti i campioni sospetti e risultati negativi all'esame (cioè l'insieme delle segnalazioni cliniche), è evidente che si perderà una certa quantità di positivi, cioè quei casi che sarebbero risultati tali se sottoposti all'indagine molecolare ma che non sono stati testati con questa tecnica. In altre parole, per migliorare la sorveglianza è necessario

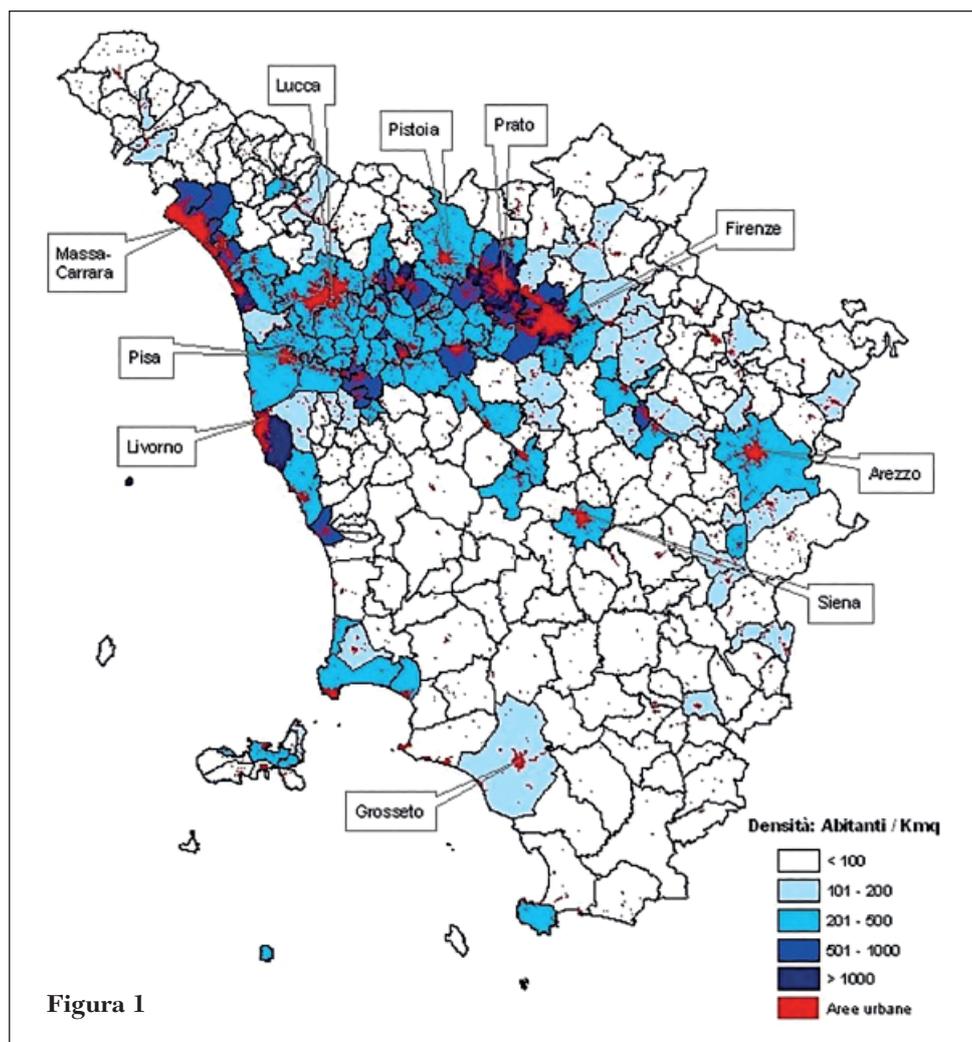


Figura 1

da una parte migliorare la selezione dei casi di Meningite Infettiva Batterica, dall'altra testare ogni caso sospetto anche con il metodo molecolare; se un ospedale non ne ha la possibilità, la Regione dovrebbe dare indicazioni dei centri di riferimento che hanno a disposizione quei metodi e che cooperare nella rete regionale. È l'insieme delle informazioni che deve essere riportato all'ISS.

Nessuno sostiene che il ceppo ST11 non sia molto aggressivo e per questo si manifesti molto più di altri. È raro, cioè,

che passi inosservato. Dove circola si vede (ad es. in Toscana, come avevamo detto anche nel nostro intervento, o in Inghilterra dove ha capsula W) e questo contribuisce a complicare il quadro e richiede uno sforzo ulteriore di sorveglianza e intervento. Ma se l'anomalo aumento non si inquadra nel diverso contesto del sistema di sorveglianza della Regione Toscana, non si riesce a spiegare, a nostro parere, cosa stia succedendo in questi ultimi anni.

@ eugenio.paci@gmail.com

Bibliografia essenziale

- Rapporto ISS in *Epicentro*, n. 647, 5 Gennaio 2016.
- Heinsbroek E. et al. "Added value of PCR-testing for confirmation of invasive meningococcal disease in England", *J. Infect.*, 2013 Nov; 67(5):385-90.
- Azzari C. et al. "Distribution of invasive meningococcal B disease in Italian pediatric population: implications for vaccination timing", *Vaccine*, 2014 Feb 26; 32(10): 1187-91.
- Stefanelli P. et al., "Increased incidence of invasive meningococcal disease of serogroup C / clonal complex 11, Tuscany, Italy, 2015 to 2016. *Euro Surveill.*, 2016; 21(12). doi: 10.2807/1560-7917. ES. 2016. 21.12.30176.
- Azzari C. et al., "Underestimation of Invasive Meningococcal Disease in Italy", *Emerg. Infect. Dis.*, 2016 Mar; 22(3): 469-75. doi: 10.3201/eid2203.150928.
- Stefanelli P. et al., "Genome-based study of a spatio-temporal cluster of invasive meningococcal disease due to *Neisseria meningitidis* serogroup C, clonal complex 11", *J. Infect.*, 2016 Aug; 73(2):136-44. doi: 10.1016/j.jinf. 2016.05.003.
- Fusco F.M. et al., "Clinical presentation and outcome of twenty cases of Invasive Meningococcal Disease due to Serogroup C - Clonal complex 11 in the Florence province, Italy, 2015-2016", *J. Infect.*, 2016 Dec 8. pii: S0163-4453(16)30314-0. doi: 10.1016/j.jinf. 2016.12.001 [Epub ahead of print].
- Iscriviti alla newsletter Scienzainrete al sito <http://www.scienzainrete.it/>

MENINGOCOCCO C: I CAMBIAMENTI DEL CALENDARIO REGIONALE DEI VACCINI

Modifica del calendario vaccinale regionale: viene introdotta un'ulteriore dose di vaccino nella fascia pediatrica, anche in considerazione della possibile caduta dell'immunità indotta dal vaccino dopo alcuni anni dalla somministrazione. Questo il nuovo calendario:

- **prima dose** dopo il compimento dell'anno di età dal 13° al 15° mese (preferibilmente al 15°), con vaccino coniugato monovalente C;
- **seconda dose** dai 6 anni compiuti ai 9 non compiuti, con vaccino coniugato monovalente C;
- **terza dose** a 13 anni compiuti, con vaccino coniugato tetravalente ACWY.

Nella fascia di età 9-20 anni (dai 9 compiuti ai 20 non compiuti), ai ragazzi già vaccinati con una dose di vaccino da più di 5 anni viene garantita l'offerta attiva e gratuita della seconda o della terza dose, con vaccino coniugato tetravalente ACWY.

Nella fase di transizione al nuovo calendario vaccinale, vie-

ne garantita l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione ai non vaccinati di qualsiasi età, fino al compimento dei 20 anni.

Rafforzamento delle misure di prevenzione: la delibera prevede l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione antimeningococcica, con vaccino coniugato ACWY ai gruppi a rischio, anche sulla base dei risultati dello studio realizzato dall'Ars, con il contributo tecnico scientifico dell'Istituto Superiore di Sanità; e la promozione dell'offerta attiva e gratuita della vaccinazione agli adolescenti, attraverso un'apposita campagna, da condurre anche in ambito scolastico. Finora nella fascia di età 14-20 anni è stato vaccinato il 70-75% dei ragazzi. Non è ancora sufficiente, è necessario aggredire lo zoccolo duro del 10-15%.

Proroga della campagna straordinaria di vaccinazione antimeningococco C: la campagna, varata dalla Regione nell'aprile 2015, e già prorogata più volte, è stata ulteriormente prorogata **fino al 30 giugno 2017**.

Meningite, i dati aggiornati al 28 dicembre 2016

Dall'inizio del 2015 ad oggi, in Toscana sono 59 i casi di meningite da meningococco C: 31 nel 2015, 28 nel 2016.

Nel 2015, i casi di meningite notificati sono stati complessivamente 38: 31 da meningococco C, 6 B, 1 W, 1 non noto.

Nel 2016, ad oggi i casi notificati sono 37: 28 di ceppo C, 6 B, 1 W, 1 X, 1 non tipizzabile. Tra questi, non sono compresi i casi di meningite pneumococcica, patologia che non può essere messa in relazione con i casi di meningite di tipo B o C registrati negli ultimi mesi in Toscana.

Nel 2015 sono decedute 7 persone: 6 che avevano contratto il ceppo C e 1 per il ceppo B.

Nel 2016 sono decedute 6 persone, tutte per il ceppo C.

Dall'inizio della campagna vaccinale straordinaria (fine aprile 2015) al 30 novembre 2016, sono state somministrate in totale 735.865 vaccinazioni: 198.731 nella fascia di età 11-20 anni; 333.369 nella fascia 20-45; 203.765 dai 45 anni in su.

Al 30 novembre, risulta che abbia aderito il 77% dei pediatri di famiglia e l'86% dei medici di medicina generale.

Per quanto riguarda i nuovi nati (che non rientrano nella campagna straordinaria di vaccinazione), a 24 mesi di età (quindi nati nel 2013) risulta una copertura del 91%.

MASSIMO PAPINI, UN SORRISO PER I BAMBINI

RICORDO

Il 7 febbraio 2017, all'età di 74 anni, ci ha purtroppo lasciato il prof. Massimo Papini, Professore Ordinario di Neuropsichiatria Infantile della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Firenze. Ha fondato nel 1973 il Reparto di Neuropsichiatria Infantile dell'Università di Firenze - Ospedale di Careggi e nel 1975 la Scuola di Specializzazione in Neuropsichiatria Infantile, diretti fino al suo pensionamento.

Uomo dalle grandi doti intellettuali ed umane, fondatore di una Neuropsichiatria Infantile che unisce sapienza medica a umanità, accoglienza, disponibilità, ma anche a una "leggerezza" partecipe, sempre con un sorriso incoraggiante e vicino. Sapeva trovare, anche nelle situazioni più gravi, la risposta giusta necessaria alle esigenze dell'altro.

Maestro nella formazione del personale medico e non, dotato di ampie e profonde conoscenze, entusiasmanti capacità didattiche, sempre con spunti originali e stimolanti, sollecitava costantemente la riflessione personale, profondamente convinto dell'importanza di una didattica volta non

solo a trasmettere sapere ma anche a sviluppare capacità osservative e di elaborazione. Ricercatore acuto e originale, ha spaziato nei vari campi propri della disciplina. Le sue ricerche erano connotate pressoché costantemente da una pronta ricaduta applicativa, avendo l'ottica di fornire gli strumenti di lettura utili alla decodificazione degli elementi patologici più complessi per una guida alle difficili scelte operative nell'ambito della disabilità.

Uomo di profonda cultura e letterato, nel suo lavoro ha sempre coniugato conoscenza e scienza a una profonda attenzione e all'ascolto delle esigenze dei bambini e delle famiglie.

Punto di riferimento sempre disponibile per tutti, colleghi, studenti, insegnanti, operatori, famiglie, ma anche per chi avesse bisogno di un consiglio, con lui se ne va un uomo di scienza e di grande cultura, ma soprattutto un grande amico.



Anna Pasquinelli

Prof. Associato di Neuropsichiatria Infantile

Il cittadino e la ricerca clinica

(prima parte)

di Giampaolo Collecchia



GIAMPAOLO COLLECCHIA, medico di Medicina Generale in Massa (MS), docente e tutor di Medicina Generale, CliPS Lab (Clinical and Professional Skills simulation lab) CSeRMEG, coordinatore animatori di formazione ASL I Massa e Carrara, membro del Comitato Etico Locale, Editorial Reviewer per il British Medical Journal.

La salute dovrebbe essere normale luogo e tempo di condivisione, su basi democratiche. In realtà negli ultimi anni la compartecipazione dei cittadini alla salute è spesso usato in modo distorto. Il cittadino è considerato un "portatore di diritti", invece...

Parole chiave:
Citizen science, Humrn Food Project, ricerca partecipata, database delle incertezze

Nel discorso ai laureandi del *Kenyon College*, nel 2005, David Foster Wallace raccontò una storiella: un vecchio pesce rosso incontra due giovani pesciolini, fa un cenno di saluto e dice: "Salve ragazzi, com'è l'acqua?" I due pesci nuotano un altro po', poi uno guarda l'altro e fa: "Che cavolo è l'acqua?". Il significato è che le realtà più ovvie, onnipresenti e importanti sono spesso le più difficili da osservare e da discutere. La salute, ad esempio, dovrebbe essere normale luogo e tempo di condivisione, in base a principi generali di democrazia. In realtà, anche se la tendenza a coinvolgere il cittadino in questioni sanitarie, singolarmente o in associazione, è sempre più diffusa, una sorta di mantra negli ultimi anni, il principio della partecipazione dei cittadini in ambito sanitario, è spesso usato nella pratica in maniera distorta, ad esempio per condividere scelte predefinite o essere confinati nello spazio ridotto dei reclami di clienti-consumatori. Nello scenario attuale, i diritti del cittadino sono infatti spesso subordinati a quelli economici e si evidenzia una tendenza sempre maggiore a ridurre il progetto salute ad opzione, riferimento da enunciare, senza impegni da mantenere effettivamente. Il cittadino è considerato in pratica un "portatore"

di diritti senza esserne fruitore, in una Società/Sanità "caleidoscopica", frammentata, senza un senso complessivo. Assistiamo a un riduzionismo perverso: il medico è sostituito dal "procedimento"; il cittadino dai "dati" sui benefici e costi. I pazienti diventano sovente entità classificate secondo codici diagnostici, più o meno rimborsabili, titolari di interventi più o meno *evidence-based*, ma non di reale presa in carico complessiva.

La digitalizzazione del quotidiano, sempre più pervasiva, (da cui la nascita del concetto di cittadino digitale: "the netizen") ha portato allo sviluppo di realtà conoscitive quali la cosiddetta *Citizen science*. In essa i cittadini dovrebbero creare conoscenza e la conoscenza creare i cittadini, realizzando comunità, condivisione di valori, sensibilizzazione alla ricerca: una vera e propria cittadinanza scientifica (da *science for people* a *science by people*). In ambito medico, i risultati più eclatanti sono la partecipazione ad iniziative come lo *Human Food Project*, nel quale le persone pagano per ottenere informazioni sulla composizione del microbiota intestinale e confrontarle con altri partecipanti, senz'altro un'iniziativa interessante ma riduttiva rispetto alle reali possibilità di cono-



HUMAN FOOD PROJECT

Anthropology of Microbes



scienza basata sulla partecipazione dei diretti interessati.

Un approccio più significativo alla conoscenza “*citizen-based*” è la ricerca partecipata, tema oggetto da molti anni di una vasta letteratura, anche all'interno della comunità scientifica. Sono infatti sempre più frequenti gli articoli indicizzati con la parola-chiave *consumer participation*, termine che nella National Library of Medicine indica l'inclusione di cittadini/pazienti, nelle diverse forme. La partecipazione dei fruitori di servizi/interventi socio-sanitari, oltre che alla reale effettività di un diritto inteso come valore, dovrebbe portare anche ad un miglioramento della qualità stessa della ricerca, in particolare nell'identificazione dei temi prioritari e di conseguenza nella rilevanza/applicabilità dei risultati degli studi nella vita quotidiana. In un lavoro pubblicato su *Lancet*, Jan Chalmers ha evidenziato che, per evitare l'eccessivo spreco di risorse nella ricerca, un aspetto fondamentale è infatti la scelta delle priorità su cui indirizzare gli studi, in particolare per ridurre lo scollamento esistente tra le

priorità individuate/prefissate nella maggioranza dei *trial* e quelle dei pazienti. Mentre gli studi “classici” tendono in genere ad enfatizzare l'interesse sui farmaci, le scelte dei pazienti sono maggiormente a favore di temi trasversali, quali aspetti educativi, organizzativi e psicologici, oltre che di consigli relativi allo stile di vita e all'utilizzo di trattamenti non prescritti dal medico. È quanto ha dimostrato anche il lavoro della *James Lind Alliance*, con la costruzione di un database delle incertezze circa gli effetti dei trattamenti, per individuare quali fossero i dubbi più importanti di pazienti e medici ed indirizzare la ricerca in quella direzione. Il tema delle priorità condivise ha riscosso grande interesse anche nell'ambito della *Cochrane Collaboration*, tanto che da alcuni anni è nato un gruppo dedicato a quest'area di ricerca: *the Cochrane Agenda and Priority Setting Methods Group*. In particolare i pazienti sono stati coinvolti su temi quali asma, schizofrenia, vitiligine, diabete, disturbi dell'equilibrio. Sono state evidenziate priorità quali effetti a lungo termine, sicurezza, utilizzo di trattamenti non prescritti dal medico, problemi dell'autocura. Un aspetto fondamentale della partecipazione dei cittadini nella ricerca potrebbe riguardare anche la loro prospettiva nell'identificazione e valutazione degli eventi, che in Medicina generale hanno qualità di esiti, in quanto ognuno di essi contribuisce alla costruzione di senso e alla storia del paziente. I diretti interessati possono fornire valide indicazioni per verificare l'accettabilità/fattibilità delle

cure per le quali sono stati dimostrati determinati *outcome*. La partecipazione dei cittadini/pazienti può inoltre consentire una corretta valutazione/rendicontazione in ambiti nei quali la sanità, nella attuale società altamente medicalizzata, fornisce risposte di tipo sanitario a bisogni non solamente sanitari, ad esempio la prescrizione di antidepressivi nell'anziano, paradigma di risposta ambigua, spesso non pertinente, al disagio di vivere. Il coinvolgimento diretto dei pazienti può inoltre consentire un'analisi più corretta dell'epidemiologia degli eventi avversi, in termini di frequenza e rilevanza “reale”.

Purtroppo tali iniziative rimangono ancora isolate, nella maggioranza dei casi i cittadini coinvolti in progetti di ricerca sono considerati attori passivi, “reclute”, soggetti che mettono a disposizione la propria persona e i propri dati, in una condizione di asimmetria conoscitiva, dipendenza e debolezza, realizzando una sorta di “pseudopartecipazione”... in pratica *più ricercati che ricercatori*. Un recente editoriale del BMJ ha evidenziato ad esempio che, nonostante qualche segnale positivo, nella pratica la partecipazione dei cittadini/pazienti non è realizzata e che su oltre tre milioni di pazienti coinvolti nella ricerca negli ultimi cinque anni nel Regno Unito, nessuno ha partecipato al progetto nella scelta delle domande e nella valutazione degli esiti e nemmeno nella diffusione dei risultati.

g.collec@vmail.it

QUESTIONE RIMBORSI PER SPECIALIZZANDI

La Commissione Igiene e Sanità del Senato si è espressa circa l'annosa questione del rimborso relativo alla frequentazione delle scuole di specializzazione nel periodo compreso fra il 1978 e il 2006 (o, come era stato annunciato in un primo momento, fra il 1983 e il 1991). Coloro che hanno frequentato, diplomandosi, la scuola di specializzazione in questo periodo e non hanno ricevuto la borsa di studio prevista dalle direttive europee dovrebbero essere in qualche modo rimborsati dallo Stato. In tal modo verrebbero superate tutte le cause fatte attraverso istituzioni legali volte al recupero di questi fondi. La Commissione del Senato ha espresso parere favorevole a questa soluzione, ma a due condizioni: a) che siano coperti tutti gli aventi diritto; b) indipendentemente dall'aver presentato domanda giudiziale. Ecco perché l'arco degli anni interessati si è allargato. Si resta in attesa di decisioni definitive.

Il modello delle Case della Salute

Innovazione e integrazione nelle cure primarie

di Manila Bonciani, Sara Barsanti, Paolo Francesconi, Lorenzo Roti



MANILA BONCIANI, Sociologa con Master in Metodologia della ricerca sociale, ha conseguito il PhD in Management alla Scuola Universitaria Superiore Sant'Anna di Pisa. Da settembre 2012 collabora con il Laboratorio MeS, in attività di valutazione nell'ambito del sistema sanitario della Regione Toscana e di ricerca nell'ambito dell'area materno-infantile e dell'assistenza primaria. Ha lavorato per dieci anni presso l'Istituto Superiore di Sanità con incarichi di ricerca in progetti di sanità pubblica a livello nazionale ed internazionale.

SARA BARSANTI, Sant'Anna, Scuola Universitaria Superiore Pisa - Laboratorio Management e Sanità.

PAOLO FRANCESCONI, ARS Toscana - Osservatorio di Epidemiologia.

LORENZO ROTI, Regione Toscana - Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale, Settore Organizzazione delle cure e percorsi di cronicità.

Negli ultimi anni in Toscana si è consolidato il nuovo modello organizzativo delle Case della Salute fortemente orientato all'integrazione nelle cure primarie. Il presente contributo ne descrive lo stato di sviluppo a livello regionale e presenta le prime evidenze sull'impatto che esso ha avuto sull'esperienza dei medici di medicina generale, sull'integrazione interprofessionale, sulla qualità assistenziale e sulla soddisfazione degli assistiti.

A partire dalla delibera regionale n. 139 del 25/02/2008, che approva i progetti pilota per la sperimentazione del modello assistenziale "Casa della Salute" in tre aziende sanitarie, la Regione Toscana ha sostenuto la diffusione delle Case della Salute, sia finalizzando risorse correnti ed investimenti per la creazione di nuovi presidi sul territorio, volendone valorizzare il ruolo di riferimento per l'accessibilità ai servizi, sia per lo sviluppo di un sistema di cure primarie avanzato.

Con delibera della Giunta Regionale n. 117 del 16/02/2015, la Regione Toscana ha inquadrato definitivamente nel SSR la struttura Casa della Salute quale "parte fondamentale ed essenziale della rete dei servizi aziendali delle Cure Primarie, permettendo una relazione diretta tra l'assistenza territoriale e gli altri nodi della rete assistenziale. È strutturata in sedi fisiche ben riconoscibili e presenti in maniera omogenea sul territorio regionale e i cittadini saranno presi in carico per i loro problemi assistenziali da team multi-professionali coordinati clinicamente dai medici di medicina generale titolari della scelta del singolo paziente, garantendo la flui-

dità dei percorsi e i necessari raccordi con gli altri servizi aziendali attraverso la medicina di comunità".

Grazie a un lavoro di ricerca congiunto tra Regione Toscana, Laboratorio Management e Sanità della Scuola Sant'Anna di Pisa e Agenzia Regionale di Sanità, è stata seguita e conclusa la prima fase di mappatura e monitoraggio del percorso di implementazione, nonché l'impatto che le Case della Salute stanno avendo sul sistema sanitario e sulla popolazione (Barsanti S, Bonciani M., Roti L., *Il Quaderno delle Case della Salute*, Edizioni Polistampa, Firenze, 2016).

Quante sono le Case della Salute in Toscana e dove si concentrano?

Tra il 2006 e il 2015 sono state aperte in Toscana 52 Case della Salute, 21 nell'Azienda Toscana Nord-Ovest, 15 nell'Azienda Toscana Centro e 16 nell'Azienda Toscana Sud-Est. Considerando i medici di medicina generale aderenti e operanti nelle Case della Salute, in Toscana sono circa 412.000 i

Parole chiave:

Case della Salute, cure primarie, integrazione, valutazione, impatto



Azienda sanitaria	Zona distretto	Denominazione CdS	Anno di apertura	Assisiti MMG operanti nella CdS	Assisiti PLS operanti nella CdS
ASL 1 Massa Carrara	Lunigiana	CdS Villafranca	2011	3.436	791
		CdS Aulla	2014	5.627	
	Apuane	CdS Montignoso	2014	10.471	
		CdS Carrara centro	2014	8.917	
		CdS Massa centro	2015	5.385	
ASL 2 Lucca	Valle del Serchio	CdS Piazza al Serchio	2011	8.398	1.229
	Piana di Lucca	CdS Marlia	2011	6.731	
		CdS Campo di Marte	2015	3.000	
ASL 3 Pistoia	Pistoiese	CdS Viale Adua Pistoia	2008	7.765	
		CdS Agliana	2012	337	2.202
		CdS PIOT S. Marcello Pistoiese	2013	5.984	598
	Val di Nievole	CdS Lamporecchio	2009	8.184	490
		CdS Pescia	2014	19.357	
ASL 5 Pisa	Val d'Era	CdS La Rosa	2006	19.566	953
		CdS Pontedera	2015	26.936	
	Alta val di Cecina	CdS Pomarance Castelnuovo	2013	3.658	590
		CdS Volterra	2013	8.863	1.096
ASL 6 Livorno	Bassa val di Cecina	CdS Donoratico	2014	4.342	903
		CdS Guardistallo	2014	4.754	
	Val di Cornia	CdS San Vincenzo	2015	4.177	1.660
ASL 7 Siena	Valdichiana	CdS Chiusi	2014	9.341	830
	Amiata Val d'Orcia	CdS Montalcino	2015	7.368	658
		CdS Abbadia San Salvatore	2015	5.026	1.036
ASL 8 Arezzo	Val di Chiana aretina	CdS Castiglion Fiorentino	2010	12.484	2.525
		Cds Foiano	2015	13.211	889
	Casentino	CdS Castel Focognano (Rassina)	2011	3.289	972
		CdS Poppi	2013	6.500	1.259
	Aretina	CdS Subbiano	2012	10.849	1.639
		CdS Badia al pino (Civitella)	2012	5.894	903
		CdS Arezzo Guadagnoli	2014	8.109	
	Valdarno	CdS Bucine	2013	7.440	1.829
	Val Tiberina	CdS Pieve S. Stefano e Caprese Michelangelo	2013	4.389	61
Anghiari-Monterchi		2015	7.579	888	
ASL 9 Grosseto	Amiata Grossetana	CdS Castel del Piano	2014	16.061	909
	Colline dell'Albenga	CdS Pitigliano	2015	3.372	412
		CdS Manciano	2015	5.153	780
ASL 10 Firenze	Fiorentina NO	CdS Calenzano	2013	(non presenti MMG)	1.001
		CdS Scandicci	2013	15.935	
	Firenze	CdS Le Piagge	2014	1.862	
ASL 11 Empoli	Empolese	CdS Sant'Andrea Empoli	2008	16.265	
		CdS Certaldo	2010	15.489	
		CdS Castelfiorentino	2013	16.244	
		CdS Cerreto	2013	8.901	556
		CdS Montaione	2014	2.276	888
	Valdarno inferiore	CdS R. Mosoni Montopoli	2011	7.259	
CdS Galleno		2014	6.518	963	
ASL 12 Versilia	Versilia	CdS Viareggio	2009	6.866	
		CdS Pietrasanta	2010	15.550	802
		CdS Forte dei Marmi	2012	5.000	
		CdS Querceta	2012	8.320	
		CdS Torre del lago	2013	9.247	
		CdS Seravezza	2013	3.980	

Tabella 1 - Case della Salute in Regione Toscana: denominazione, anno di apertura ed assistiti. Anno 2015.

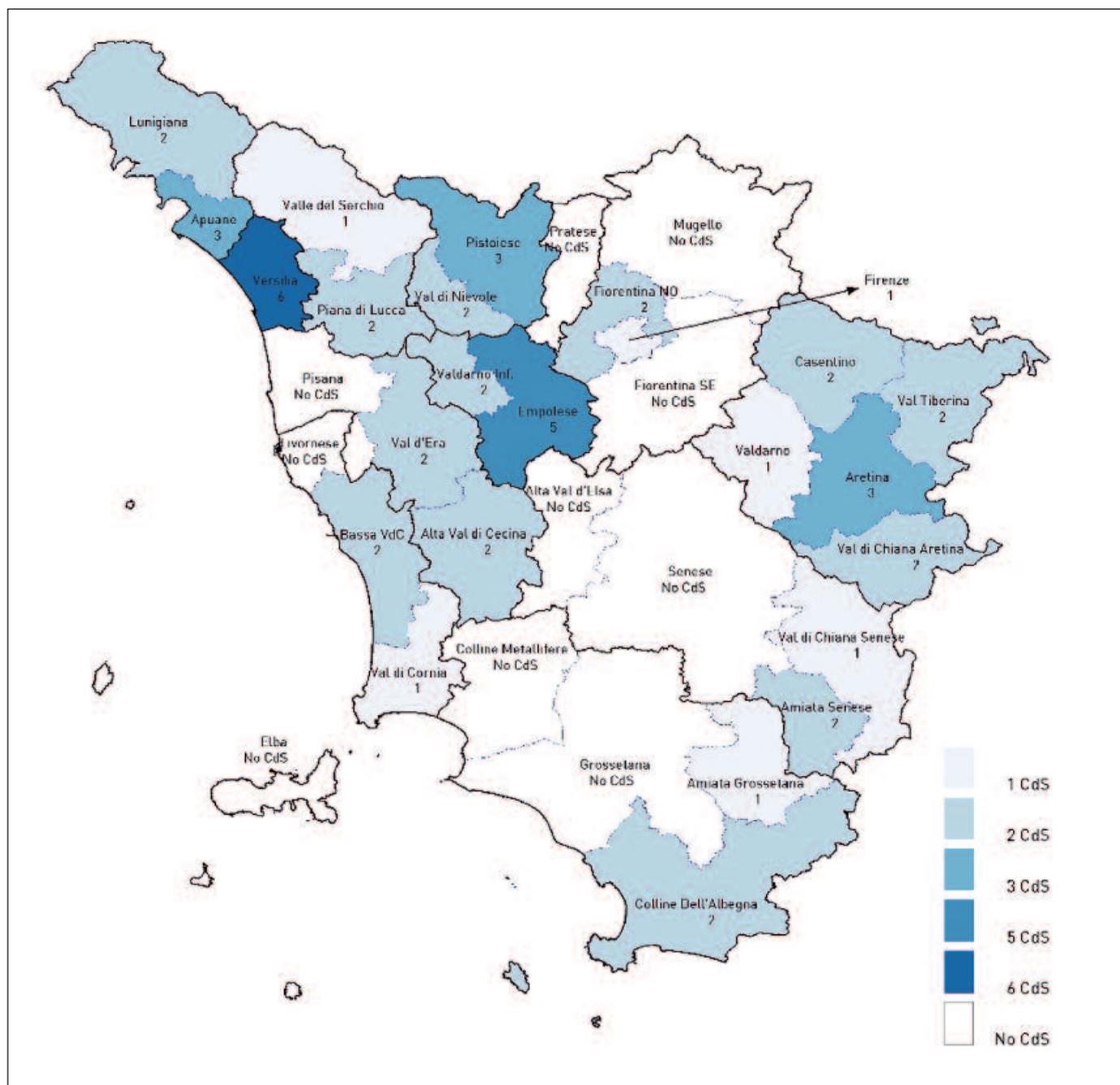


Figura 1 - Distribuzione delle Case della Salute in Regione Toscana per zona-distretto. Anno 2015.

cittadini assistiti che possono trovare assistenza in una Casa della Salute; i bambini assistiti dai pediatri di libera scelta (PLS) operanti in Casa della Salute sono invece circa 30.300.

Quanti professionisti e servizi sono presenti nelle Case della Salute?

Il coinvolgimento attivo dei professionisti delle cure primarie nell'ambito delle progettualità delle Case della Salute era uno dei presupposti necessari alla loro attivazione.

Le 52 Case della Salute coinvolgono circa 2.000 professionisti sanitari,

sociosanitari e sociali, tra cui 363 medici di medicina generale, 39 pediatri di libera scelta, 56 medici di comunità, 514 infermieri, 152 medici di continuità assistenziale, 503 specialisti, 127 assistenti sociali, 166 OSS e 238 amministrativi.

In ciascuna Casa della Salute troviamo mediamente 7 medici di medicina generale, 10 infermieri, 10 specialisti, 2 assistenti sociali, 1 PLS, 4 amministrativi, 3 OSS e 3 medici di continuità assistenziale.

I servizi presenti in oltre l'80% delle Case della Salute sono: l'ambulatorio

di medicina generale, l'ambulatorio infermieristico, l'ambulatorio specialistico, i servizi di assistenza sociale, il CUP, il punto prelievi, ufficio di accoglienza ed amministrativi. Sono quasi sempre sede delle attività di sanità di iniziativa (90% delle strutture). Le attività specialistiche più frequentemente presenti sono cardiologia, ostetricia, ginecologia e oculistica.

Una fotografia più ravvicinata delle Case della Salute aperte evidenzia al momento una notevole differenza in termini di offerta di servizi, professionisti e attività presenti.

Gruppi professionali	N. Cds dove presenti	N. operatori		N. ore medie di presenza giornaliera del servizio (Lun-Ven)
		Media	Totale	
MMG	51	7	363	8,89
PLS	30	1	39	2,17
Medici di comunità	43	1	56	---
Infermieri	48	10	514	3,90
Medici Continuità Assistenziale	30	3	152	10,00
Specialisti	48	10	503	5,48
Assistenti sociali	46	2	127	2,90
OSS	33	3	166	---
Amministrativi	44	4	238	6,15

Tabella 2 - Professionisti presenti nelle Case della Salute ed orario medio di apertura dei servizi corrispondenti. Anno 2015.

Rispetto ad un’apertura media settimanale di 12 ore delle Case della salute (da lunedì a venerdì), l’ambulatorio dei medici di medicina generale è aperto circa 9 ore, l’ambulatorio dei pediatri di libera scelta circa 2 ore, l’ambulatorio specialistico oltre 5 ore, l’ambulatorio infermieristico circa 4 ore, il servizio sociale circa 3 ore.

Le Case della Salute offrono attività di promozione della salute rivolte alla comunità?

La Casa della Salute è una struttura a supporto dello sviluppo di un sistema di cure primarie orientato dalla comunità, capace cioè di agire non solo su aspetti di diagnosi e cura, ma anche sulla promozione della salute.

Circa il 50% delle strutture organizza momenti ed attività dedicate alla comunità, quali ad esempio corsi di attività fisica adattata, attività di promozione sugli stili di vita e attività di counseling per i pazienti e gli assistiti in sanità di iniziativa.

Che impatto hanno avuto ad oggi le Case della Salute?

Articoliamo la riflessione su 4 punti principali:

- 1) che esperienza hanno i medici di medicina generale che lavorano in Casa della Salute? Sono soddisfatti?
- 2) Che livello di integrazione hanno raggiunto le professioni che lavorano “sotto lo stesso tetto”?
- 3) Che impatto ha avuto il modello sulla gestione della cronicità?
- 4) Gli assistiti che frequentano una Casa della Salute sono soddisfatti?

1. Che esperienza hanno i medici di medicina generale che lavorano in Casa della Salute? Sono soddisfatti?

I medici che lavorano in Casa della Salute, secondo un’indagine rivolta a tutti i medici di medicina generale, sono statisticamente più soddisfatti dei medici che non vi lavorano con riguardo a varie dimensioni della professione e del lavoro in squadra. In particolare i medici coinvolti nelle Case della Salute sono più soddisfatti in termini di collaborazione con i propri colleghi medici di medicina generale, gli infermieri e gli assistenti sociali. Non sembra invece ci sia differenza sul livello di collaborazione con i medici specialisti e con i medici di comunità. Inoltre più del 60% dei medici coinvolti in una Casa della Salute dichiarano che il modello ha inciso positivamente o molto positivamente sull’organizzazione del lavoro ambulatoriale.

2. Che livello di integrazione hanno raggiunto i professionisti che lavorano “sotto lo stesso tetto”?

Dai risultati di tre casi studi in cui è stata applicata la Social Network Analysis (analisi delle relazioni sociali), l’integrazione professionale risulta essere un aspetto che è necessario ancora rafforzare.

È molto sviluppata tra medici di medicina generale ed infermieri, che si coinvolgono frequentemente in maniera reciproca nella discussione del quadro clinico-assistenziale di casi/pazienti comuni e nella condivisione di decisioni relative al percorso terapeutico-assistenziale. Gli specialisti e gli assistenti sociali, invece, sono coinvol-

ti in maniera minore nella gestione condivisa dell’assistenza del paziente.

3. Che impatto ha avuto il modello sulla gestione della cronicità?

Secondo una prima analisi, gli assistiti con malattie croniche dei medici di medicina generale che hanno ambulatorio in una Casa della Salute aderiscono maggiormente alle raccomandazioni cliniche di *follow-up*. In particolare si osservano in oltre il 75% delle Case della Salute *performance* migliori rispetto alle situazioni in cui i medici fanno ambulatorio in altri *setting* per quanto riguarda:

- le percentuali di pazienti con diabete con controllo dei livelli di emoglobina glicata e del profilo lipidico negli ultimi 12 mesi;
- le percentuali di pazienti con scompenso cardiaco in terapia con beta-bloccanti.

La gestione dei pazienti affetti da due comuni condizioni croniche (diabete o scompenso) risulta quindi più aderente alle linee guida quando i medici di medicina generale lavorano all’interno delle Case della Salute, al netto dell’effetto della sanità di iniziativa, senza un evidente aumento dei costi sostenuti in prestazioni specialistiche.

4. Gli assistiti che frequentano una Casa della Salute sono soddisfatti?

Gli assistiti di medici di medicina generale che lavorano in Case della Salute sono più soddisfatti dell’assistenza ricevuta quando riferiscono di aver avuto esperienza del lavoro congiunto del proprio medico di medicina generale e di

infermieri, specialisti e altri professionisti nello stesso ambulatorio, per fornire una risposta più integrata ai propri bisogni di salute.

Il modello della Case della Salute, quando effettivamente si traduce nell'esperienza di un'assistenza da parte di un *team* multi-disciplinare, rappresenta un beneficio per gli utenti, particolarmente significativo per gli assistiti con bisogni complessi che ricorrono spesso ai servizi di assistenza primaria, ospedaliera, di emergenza e specialistica. Si può quindi ipotizzare che le Case della Salute possano fornire una risposta più appropriata, rispetto anche ad altre forme organizzative di *co-location* di servizi, soprattutto per la cronicità, anche per le possibili modalità di coordinamento tra i professionisti che operano all'interno della struttura e con gli altri servizi esterni. La presenza in un unico punto di riferimento dei professionisti, in-

fatti, può aiutare gli assistiti a percepire maggiore continuità e coerenza nel proprio percorso assistenziale.

Prospettive e questioni aperte

Dalle ricerche condotte risulta di grande importanza riuscire a delineare una natura più omogenea di queste strutture sia in termini di professionisti e operatori coinvolti, servizi e attività presenti, sia in termini di rapporto e scambio con la comunità di riferimento. In questo senso la Regione è chiamata a farsi carico di una programmazione omogenea delle strutture nei territori, facendosi garante di non creare iniquità tra i diversi territori in termini di accesso a strutture quali le Case della Salute o simili. Lavorare inoltre con una sede di riferimento per le Aggregazioni Funzionali Territoriali non significa dover lavorare tutti sotto lo stesso tetto, ma poter contare su un presidio strutturato dove collocare e utilizzare attività di diagnostica,

specialistica e accessibilità a servizi sociali e sociosanitari, in maniera coordinata e multi-professionale, per rispondere ai bisogni di un bacino di assistiti definito dai medici di medicina generale della medesima Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT). Per questo è necessario rafforzare l'integrazione professionale nelle Case della Salute. Alcuni strumenti utili in questo percorso possono essere:

- la formalizzazione di *équipe* multi-disciplinari, anche con la definizione di *leader* e di riconoscimento dei diversi ruoli e responsabilità;
- la formazione inter-professionale per migliorare il lavoro di squadra;
- la maggior condivisione di dati informatizzati tra i professionisti, prevenendo anche interventi strutturali nella gestione dei sistemi informativi.

manila.boncianni@santannapisa.it

ORDINE DEI MEDICI DI FIRENZE



ORDINE DEI
MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DI FIRENZE

E-mail e PEC:

presidenza@ordine-medici-firenze.it - informazioni@ordine-medici-firenze.it
amministrazione@ordine-medici-firenze.it - toscanamedica@ordine-medici-firenze.it
segreteria.fi@pec.omceo.it - presidenza.fi@pec.omceo.it - amministrazione.fi@pec.omceo.it

Orario di apertura al pubblico:

mattina: dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 12,30 - pomeriggio: lunedì e mercoledì dalle ore 15,30 alle ore 18,45

Rilascio certificati di iscrizione:

uffici: in orario di apertura al pubblico - internet: sul sito dell'Ordine - telefono: 055 496 522

Tassa annuale di iscrizione:

bollettino postale, delega bancaria SEPA Core Direct Debit (ex RID) o carta di credito tramite il sito <http://italriscossioni.it>
(POS virtuale fornito da Banca Monte dei Paschi di Siena)

Cambio di indirizzo:

comunicare tempestivamente ogni variazione della residenza anagrafica o del domicilio, specificando chiaramente presso quale indirizzo si desidera ricevere la corrispondenza

Commissione Odontoiatri:

il lunedì dalle ore 17,45 alle ore 18,45

Consulenze e informazioni:

Consultazione Albi professionali sito Internet dell'Ordine
AMMI - e-mail: ammifirenze@virgilio.it - sito: www.ammifirenze.altervista.org
FEDERSPEV - 1° mercoledì del mese dalle ore 10 alle ore 11,30

Newsletter: inviate per e-mail agli utenti registrati sul sito Internet dell'Ordine
Info: Via Giulio Cesare Vanini 15 - 50129 Firenze - Tel. 055 496 522 - Fax 055 481 045
Siti Internet: www.ordine-medici-firenze.it - www.toscanamedica.org

La medicina verso una nuova era?

Dall'Evidence Based Medicine alla Precision Medicine

di Raffaele Laureano



RAFFAELE LAUREANO, *Specialista in Medicina Interna, è Direttore della SOC di Medicina dell'Ospedale S.M. Annunziata di Firenze.*

È stato Segretario Nazionale della Federazione delle Associazioni Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI) e Presidente della FADOI Toscana.

La EBM si fonda sui trial clinici. Negli anni sono emerse criticità nel trasferire le conoscenze nella pratica clinica, soprattutto per il paziente complesso. Lo studio del genoma e la produzione di farmaci innovativi hanno permesso trattamenti sempre più precisi. L'integrazione in grandi database di dati clinici, del genoma e di altre caratteristiche individuali dovrebbe consentire una nuova tassonomia medica e lo sviluppo della Precision Medicine.

Da oltre venticinque anni l'Evidence Based Medicine (EBM), medicina basata sulle prove principalmente ricercate con la metodologia dei grandi trial clinici randomizzati, ci ha aiutato nelle scelte terapeutiche e ha dato i fondamenti delle Linee Guida. L'EBM ha mostrato negli anni criticità rappresentate da difficoltà a trasferire le indicazioni derivate dai trial nella pratica clinica, oltre che dalla numerosità delle informazioni spesso poco "gestibili" nella cura del singolo malato, dalla marginalità di alcuni benefici in termini statistici, dalla presenza di pur legittimi interessi nella conduzione e pubblicazione dei trial e soprattutto dalla mancanza di chiare indicazioni utili per il medico nei casi di pazienti polipatologici o complessi, sempre più frequenti per l'evoluzione epidemiologica. D'altra parte la stessa ricerca medica suggerisce la necessità crescen-

te di individuare caratteristiche specifiche di sottogruppi di popolazione per avere indicazioni più calzanti per il singolo paziente, con trattamenti il più possibile mirati e personalizzati. Fin dalla scoperta dei gruppi sanguigni la scienza medica ha cercato di personalizzare le cure in modo da prevedere al meglio il risultato. Negli ultimi anni lo sviluppo delle scienze "-OMICHE", prima fra tutte la Genomica, e della tecnologia della ricerca bio-molecolare, ci ha fornito le conoscenze per definire più precisamente i meccanismi patologici ed anche le armi terapeutiche per contrastarli. Questo ha portato a innovazioni importanti delle terapie oncologiche ma anche delle malattie immunologiche, reumatiche e altre che si sono arricchite di farmaci mirati. Fra le più diffuse neo-

Parole chiave:
Evidence Based Medicine, Precision Medicine, genomica, medicina personalizzata, terapie mirate

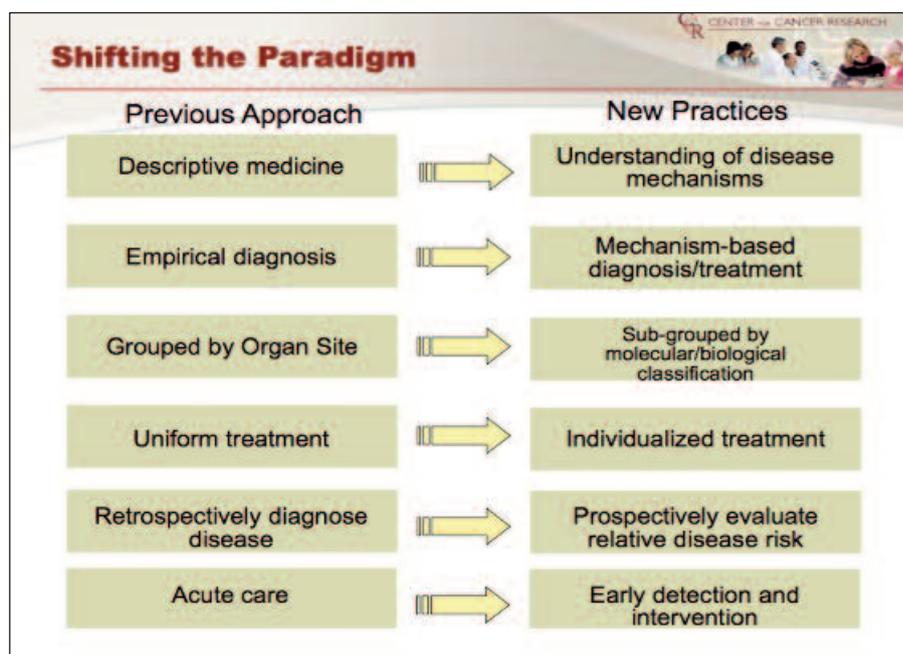


Figura 1 - Helman Lee J. National Cancer Institute.

	Traditional Approach	Precision Medicine Approach				
Population of Individuals						
Classify by Risk						
Surveillance for Preclinical Disease						
Signs or Symptoms						
Treat with						
Strategy	"One Size Fits All" Leads to Overall Mixed Results			Focus Existing	Repurpose FDA Approval	Invent New
Outcome						
	Benefit	No Effect	Adverse	Benefit	Benefit	Benefit

Figura 2 - Science in the news. Harvard University.

plasie solide (polmone, mammella, colon-retto, stomaco, melanoma) dal 10% al 40% dei casi il trattamento prevede già oggi, in una o più fasi di malattia, l'utilizzo di anticorpi monoclonali o degli inibitori delle tirosinchinasi, attivi su determinati antigeni o enzimi specifici causali nel processo di formazione o cresci-

ta delle neoplasie. Fra i farmaci approvati dalla Food And Drug Administration (FDA), oltre 150 hanno già in scheda tecnica raccomandazioni di utilizzo in caso di specifiche alterazioni del genoma. Si prospetta un cambio storico di paradigma; dalla medicina descrittiva, basata sui sintomi e segni, su diagnosi di

patologie d'organo, con trattamenti adatti alla media della popolazione, alla diagnosi "precisa" sui meccanismi della malattia, alle terapie mirate su singole alterazioni molecolari, a diagnosi e trattamenti sempre più precoci e personalizzati (Figure 1 e 2). Sarà inevitabile anche nella pratica clinica non specialistica avere dimestichezza e confrontarsi con nuove definizioni diagnostiche che, rispetto a quelle tradizionali, offriranno migliori possibilità di definire il rischio individuale e quindi la prognosi e le strategie terapeutiche. Le conoscenze crescono rapidamente tanto che il National Research Council (NRC) statunitense ha lanciato un programma di ridefinizione della tassonomia medica al fine di riclassificare le malattie sulla base dei meccanismi patologici. Il Presidente Barack Obama, nel discorso sullo Stato dell'Unione del gennaio 2015, ha lanciato la Precision Medicine Initiative, finanziandola con 215 milioni di dollari perché il National Research Council e il National Institute of Health (NIH) sviluppassero un programma contro il can-

LETTI PER VOI

Piccola storia della Sanità fiorentina

PAOLO NARDI

Angelo Pontecorboli Editore



Sul piano professionale Paolo Nardi è un chirurgo maxillo, faciale in pensione dopo una lunga e onorata carriera ma, come molti colleghi, è anche un professionista che, innamorato del suo lavoro, lo vuol studiare e conoscere non solo nell'affascinante futuro che la medicina moderna prepara ma anche nelle radici storiche e sociali che danno, ai medici e ai cittadini, il senso di un percorso di civiltà faticosamente intrapreso e certamente non concluso. Da questa passione di storico e di umanista è nato un elegante e prezioso libretto pubblicato da Angelo Pontecorboli Editore, *La medicina a Firenze nella seconda metà dell'Ottocento* che narra in brevi e densi capitoli l'evolversi della sanità fiorentina nei suoi diversi aspetti, il volontariato, gli ospedali, la maternità, la farmacia, il lavoro del medico, l'apporto della scuola fiorentina alle conoscenze mediche, dalle tragiche condizioni di inizio Ottocento ai primi provvedimenti verso la modernità. Firenze, la bella e gentile Firenze, appariva a un attento viaggiatore del primo Ottocento come un posto "sudicio, indecente, incomodo, indegno della civiltà". Pochi ingegni, nonostante un'amministrazione non sempre adeguata, compresero le ragioni sociali dei malanni che affliggevano la popolazione ed ebbero la volontà di avviare un lento percorso di rinascita. Una storia che ha molto da insegnare ancora oggi, quando l'improvvisa svolta economica e politica della globalizzazione riaccende disuguaglianze e rinnova condizioni di povertà da cui nasce la maggior parte delle malattie. E i rischi primari sono diversi da quelli ottocenteschi ma non meno incisivi sulla salute. Grande fu allora l'apporto dei medici fiorentini e questa è una delle ragioni per leggere questo piccolo e incisivo testo, piacevole anche per l'iconografia che lo correda.

Antonio Panti

cro, diabete e altre malattie croniche, al fine di conoscere “precisamente” le cause di tali malattie e sviluppare cure individualizzate. Il progetto prevede la determinazione dell'intero genoma di un milione di americani (MAGI: Million American Genome Initiative). I dati saranno integrati con tutte le possibili informazioni su questa popolazione: oltre a tutti i dati clinici (compresi quelli familiari, referti medici, patologie e interventi, terapie farmacologiche) anche tutti i dati disponibili sulle abitudini di vita, lavorative, luoghi di residenza, ecc. Questa enorme mole di dati sarà integrata in un network con una architettura a strati sovrapposti basata su quella di Google Maps (Figura 3) dove, invece che geolocalizzare tutte le informazioni, queste saranno elaborate rispetto al singolo individuo. È difficile prevedere se e quando questo *network* fornirà risposte alle tante attese con ricadute utili nella pratica clinica. Sicuramente non mancano in letteratura posizioni critiche, in particolare perplessità per gli aspetti etici, come le difficili scelte in caso d'individuazione di persone a elevato rischio di gravi pa-

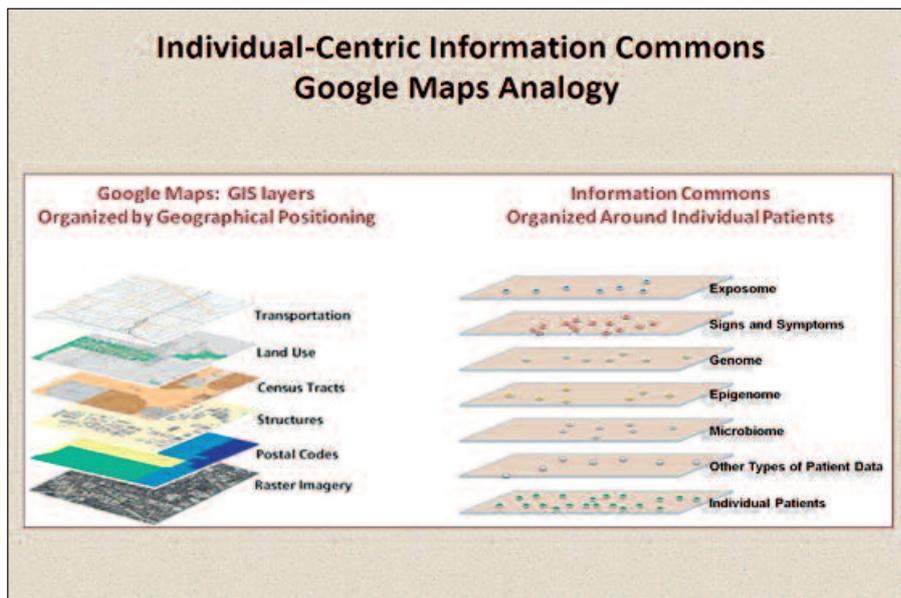


Figura 3 - National Research Council. Committee on a Framework for Developing a new Taxonomy of Disease.



tologie in fase di *screening* molto precoci; aspetti medico-legali per la gestione di banche di dati estremamente sensibili e difficili scelte politiche riguardo alla migliore destinazione di risorse per tutelare la salute pubblica. Ad esempio destinare più fondi per strategie di popolazione come la lotta alla denutrizione o all'uso di tabacco e alcool,

alla prevenzione delle malattie trasmissibili o alle campagne vaccinali. Verosimilmente le scelte non sono reciprocamente esclusive ma possono convivere.

Tuttavia, come hanno sottolineato prestigiosi autori (*Forward - Recenti progressi in medicina a cura di G. Annovi*), affinché la Medicina di Precisione diventi una pratica di routine, occorrerà individuare strumenti capaci di rinforzare la validità clinica dei trattamenti scoperti, tenendo conto delle suddette implicazioni associate a un approccio terapeutico individualizzato. Infatti l'uso delle moderne applicazioni biologiche, nel caso in cui l'utilità clinica non sia precisamente definita, potrebbe incrementare il rischio di sprecare le già limitate risorse sanitarie. Sarà inoltre necessario potenziare le conoscenze del

personale sanitario riguardo all'applicazione di nuove tecniche di diagnosi e di cura. Così come sarà indispensabile integrare la prospettiva della popolazione dal punto di vista di tale sistema di cura, informando pazienti e familiari riguardo a rischi e potenzialità.

La ricerca continuerà inevitabilmente a darci nuovi strumenti di conoscenza e nuove cure; queste richiedono la capacità del medico di relazionarsi con la singola persona malata per accompagnarla nelle scelte lungo il percorso di salute. Il ruolo del medico di medicina generale sul territorio e dell'internista ospedaliero saranno quindi accresciuti dalla necessità di interpretare le nuove conoscenze, districandosi tra promesse sperimentali e solide opportunità terapeutiche, garantendo l'accessibilità, valutando l'affidabilità delle nuove cure e stabilendo insieme al paziente la migliore strategia per raggiungere concreti vantaggi.

@ raffaele.laureano@uslcentro.toscana.it



A TUTTI I MEDICI PENSIONATI

La Federazione fiorentina della **FEDERSPEV** organizza una gita con pulman e visite guidate per i giorni **29-30 aprile e 1 maggio 2017** nelle città di Monza, Bergamo Alta e Brescia. Il costo è **315 euro** a persona + 55 euro per camera singola. Il prezzo è contenuto per la partecipazione della Federazione. **L'iscrizione alla gita deve avvenire entro il 15 aprile 2017**, telefonando a dr. Fulvio Corsoni: 055 666590, Cellulare 339 1038489.



L'altra faccia della medaglia

di Antonio Panti



ANTONIO PANTI, dal 1971 ha ricoperto diversi incarichi nella FIMMG, di cui è stato anche Segretario e Presidente Nazionale. Presidente dell'Ordine di Firenze dal 1988. Ha ricoperto cariche nazionali nella Federazione Nazionale degli Ordini, in particolare nella Commissione per le ultime stesure del Codice Deontologico. Membro di numerose Commissioni Ministeriali. È stato dal 1998 al 2016 Vicepresidente del Consiglio Sanitario Regionale.

In due mesi consecutivi abbiamo seguito le Olimpiadi e le Paraolimpiadi, uno spettacolo grandioso, una festa di popoli in cui oneste e leali competizioni prendevano il posto delle atroci guerre che funestano il mondo, ma anche uno schermo costosissimo, uno sperpero di risorse altrimenti impieghiabili, un velo assai fragile per nascondere le miserie dell'umanità. Ci siamo consolati con lo splendore delle medaglie, d'oro, argento e bronzo, segni incontaminati di armonia e tolleranza, sia pur nell'asprezza della gara. Ma prima e dopo le gare sono scoppiati penosissimi scandali: il *doping*, e non solo individuale ma persino di gruppo o, peggio, di stato, favorito dalle federazioni (sportive!) nazionali, fino a mettere in dubbio la correttezza, anzi la credibilità, del concetto stesso di partecipazione olimpica. Il contrario del pensiero decoubertiniano, l'opposto della tradizione antica, davvero l'altra faccia delle medaglie sportive, non splendenti dell'oro della vittoria, ma opache e sporche per il sospetto di truffa o di slealtà.

Ma forse tutto ciò merita un'ulteriore riflessione. Perché alcuni atleti, e a quanto si può supporre sempre in maggior numero, ricorrono al *doping*? Le ragioni sono molteplici e tra queste la volontà e il desiderio di vincere, non soltanto di partecipare, che accomuna atleti, allenatori e perfino i governi di alcuni Stati; l'ansia di superare i primati pre-

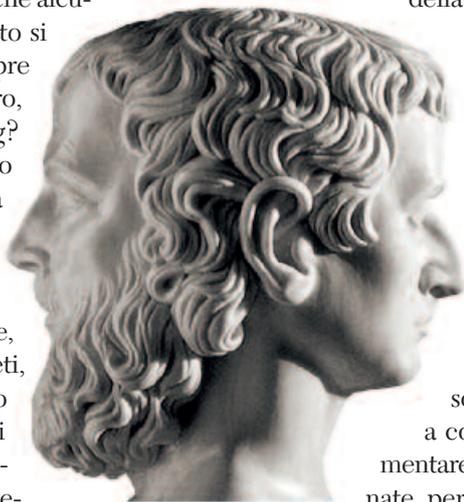
cedenti, di iscrivere il proprio nome nella storia dei record olimpici, infine, e non ultimi, interessi economici fortissimi. Qualsiasi persona onesta non può che esecrare siffatte pratiche che debbono essere ostacolate e sanzionate non solo a protezione della salute degli atleti, in particolare dei giovanissimi, ma perché in tal modo si contraddice la ragione stessa dello sport che è confronto leale, teso ai limiti fisici e psichici dell'essere umano, ma dentro di questi. Anche quando gareggiano macchine o animali è l'uomo che li guida mettendo in gioco le proprie capacità. Insomma vince il più forte, il più concentrato, il più costante, mai chi bara. La nostra repulsa del *doping* è perché usarlo è vietato e praticarlo un inganno.

Ma vi sono altri aspetti da considerare. La medicina moderna dispone ormai di mezzi, continuamente in evoluzione, non solo per riparare le funzioni ridotte o perdute, non solo per migliorare le *performances* possibili dell'essere umano, ma addirittura per superare i limiti psicofisici dell'uomo quasi a violentarne la biologia. È il grande tema della medicina potenziativa

che emerge con sempre nuove acquisizioni scientifiche e strumenti tecnologici. I problemi che ne derivano sono immani: è lecito, è sostenibile, è equo il ricorso a simili tecniche? Lo sportivo è certamente persona spesso disponibile a correre rischi per aumentare le proprie capacità innate, per oltrepassare le soglie

della cosiddetta normalità biologica. Allora il *doping*, ovviamente dichiarato, non potrebbe assumere il carattere di sperimentazione in vivo? Con lo stesso ragionamento della legalizzazione di alcune droghe si potrebbero evitare i pericoli sempre insiti nell'uso di sostanze proibite. Del resto, mentre le autorità sportive inaspriscono i divieti, quelle militari finanziano studi e esperimenti potenziativi sul proprio personale, in particolare quello combattente.

Infine le persone iperconnesse, che esistono già, i *lifelogging*, i *quantified self*, non sono altro che "volontari sani" di uno studio di raccolta dati al fine di standardizzare la vita e indirizzarla verso prestazioni migliori. L'impressione, mentre nessuno sembra disporre di idee chiare, è che la medicina, nata per risolvere i problemi dell'uomo malato, ponga più dilemmi di quanti ne risolve. Dove sta la norma e dove la normalità? Altresì i valori di uguaglianza, lealtà e trasparenza non possono essere abbandonati in nome di nessun preteso progresso. Ma regge ancora la finalità terapeutica della medicina di fronte all'avanzare della società dei desideri? E il celebre *empowerment* del cittadino, che si è sempre inteso come "potenziamento" della capacità decisionale, non rischia di estendersi troppo a seconda del corpo individuale e della ricchezza di ognuno? Non possiamo rimandare la sentenza ai soliti posteri perché il problema ormai è posto e i medici vi giocano un ruolo primario.



Defibrillazione per arresto cardiaco non in ospedale

di Luigi Tonelli e Cesare Francois



LUIGI TONELLI, *Laurea in Medicina, Specialit in Igiene, Master in Science. Direttore Medico Ospedaliero. Supporto Evidence-based Health Care del Consiglio Sanitario Regionale.*

CESARE FRANCOIS, *Direttore Sanitario Misericordia di Rifredi, Firenze.*

L'arresto cardiaco è una morte naturale imprevedibile. 3000 casi l'anno in Toscana. Unica possibilità d'intervento sono le manovre di rianimazione cardio-polmonare, di cui il defibrillatore semi-automatico è parte relevantissima.

Parole chiave:
rianimazione cardio-respiratoria (CRP),
defibrillatori, salute pubblica,
arresto cardiaco

Premessa

L'arresto cardiaco, o morte improvvisa¹, è una morte naturale preceduta da improvvisa perdita di coscienza, che si verifica entro un'ora dall'inizio dei sintomi, in soggetti con o senza malattia cardiaca nota preesistente, ma in cui epoca e modalità di decesso sono imprevedibili.

L'arresto cardiaco è in prevalenza dovuto a fibrillazione ventricolare ed è caratterizzato da arresto del respiro, assenza di pulsazioni, assenza di risposta agli stimoli.

Nei soggetti adulti si verifica con una frequenza di 1/1000 individui all'anno. Le stime portano a 350.000 decessi/anno in USA, circa 50.000/anno in Italia, poco più di 3.000/anno in Toscana. La probabilità di sopravvivenza di questi soggetti è in funzione del tempo di ripresa dell'attività cardiaca e si stima² che si riduca del 7-10% per ogni minuto di persistenza della fibrillazione, e che dopo 12 minuti questa probabilità sia intorno al 2-5%.

In caso di arresto cardiaco l'intervento assistenziale consiste³ nelle manovre di Rianimazione Cardio Respiratoria (CPR) e di defibrillazione, da eseguirsi in tempi strettissimi per il rapidissimo decadimento delle probabilità di ripristino delle funzioni.

Si ritiene⁴ che la defibrillazione sia l'evento salvavita e che le manovre di rianimazione cardio respiratoria abbiano la fondamentale utilità di protrarre il tempo utile per questa manovra. Tanto la CPR quando la defibrillazione sono interventi ormai largamente estesi ad attori "laici" che hanno seguito un breve addestramento. In particolare la Public Access Defibrillation (PAD) è possibile in funzione

della sempre più larga diffusione di Defibrillatori Automatici Esterni (AED) di semplicissimo uso e disponibili in differenti ambienti.

Per quanto la stampa generale ne parli da tempo, e per quanto nel Web i Defibrillatori Automatici Esterni vengano molto pubblicizzati e presentati come strumenti di larga diffusione, la letteratura scientifica su Rianimazione Cardio Respiratoria e Public Access Defibrillation è molto limitata. La pubblicazione di maggior rilievo è un recente studio retrospettivo (ottobre 2016) pubblicato dal New England Journal of Medicine⁵ che dimostra come in Giappone la progressiva estensione della formazione in Rianimazione Cardio Respiratoria e della disponibilità pubblica di AED nel periodo 2003-2015 abbia consentito il raddoppio delle percentuali di sopravvivenza – dal 18,2% al 38,5% – nei casi di Arresto Cardiaco in ambienti pubblici.

Comunque, prevedere per Rianimazione Cardio Respiratoria e Public Access Defibrillation una diffusione tale da poter essere garantire a chiunque su tutto il territorio in tempo utile, è un impegno organizzativo ed economico straordinariamente complesso, tanto che dopo oltre quarant'anni anni dacché la metodica è disponibile (Oregon, USA, 1972) ancora in letteratura non sono descritte azioni organizzative riuscite.

Normativa nazionale

Per quanto riguarda l'Italia, la prima normativa al riguardo è la Legge 120/2001 che regola l'uso dei Defibrillatori Automatici esterni auto-



rizzandone l'uso anche da parte di personale non sanitario, purché debitamente formato, in quanto è il dispositivo stesso a formulare la diagnosi e non l'operatore. La stessa Legge, inoltre, affida l'intera normativa attuativa alle Regioni e alle Province Autonome.

Il Decreto Balduzzi (18/3/2011) stabilisce i criteri di diffusione dei Defibrillatori semi Automatici Esterni (DAE) e i luoghi dove deve essere garantita la loro presenza, senza tuttavia formulare obbligo. In particolare indica: poliambulatori, palestre, cinema, teatri, parchi divertimento, discoteche, stadi, centri sportivi, centri commerciali, ipermercati, alberghi, ristoranti, stabilimenti balneari, stazioni sciistiche. Le farmacie, inoltre, per l'alta affluenza di persone e la capillare diffusione nei centri urbani, costituiscono punti di riferimento in caso di emergenze sul territorio.

Con un ulteriore Decreto (settembre 2012) l'obbligo di dotazione è stato sancito soltanto per le Società sportive, tanto professionistiche che dilettantistiche.

Normativa della Regione Toscana

La Regione Toscana, oltre a confermare l'obbligo per le Società Sportive di tenuta di dispositivi di defibrillazione, come previsto dal Decreto del 2012, ha recentemente pubblicato⁶ le nuove liste per l'Accreditamento istituzionale per le strutture, sia pubbliche che private, che erogano prestazioni sanitarie⁷. Per quanto concerne le strutture ambulatoriali, tra i requisiti tecnologici generali è previsto l'obbligo di tenuta del Carrello o di contenitore equivalente per la gestione dell'emergenza. Nel carrello o nel contenitore equivalente deve essere previsto il **defibrillatore semiautomatico** insieme al pallone autoespansibile corredato di maschere facciali e cannule orofaringee, al laccio emostatico, a siringhe e farmaci per l'emergenza, all'apparecchio per la misurazione della pressione, al fonendoscopio, al materiale per medicazione, al sistema di aspirazione e al pulsossimetro.

Sono sottoposti alla stessa normativa dei poliambulatori anche quegli studi professionali medici e odontoiatrici "che erogano prestazioni chirurgi-

che, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per il paziente, nonché procedure di diagnostica strumentale non complementare all'attività clinica con referenziazione per terzi".

Considerazioni

Sulla base di quanto sopra si potrebbe desumere che qualsiasi luogo ove venga esplicata un'attività sanitaria debba essere dotato di defibrillatore semiautomatico, ponendo nello stesso stato di rischio lo studio dell'internista (medico di medicina generale, ambulatorio privato) e l'ambulatorio chirurgico/odontoiatrico dove si eseguono manovre invasive di complessità variabile. Anche in quest'ultimo ambito la variabilità è ricompresa fra alta e bassa complessità, dove per bassa complessità si devono intendere le prestazioni a minore invasività indicate nella Sezione III del Regolamento di attuazione della già citata Legge Regionale n. 51, come sotto riportato:

Criteri per la distinzione tra prestazioni invasive e di minore invasività

Art. 16

Criteri per la distinzione delle prestazioni invasive e di minore invasività (articolo 19, comma 1, della l.r. 51/2009)

1. Sono da considerare a minore invasività le procedure diagnostiche e terapeutiche invasive che soddisfano tutti i criteri di seguito indicati:
 - a) non apertura chirurgica delle sierre;
 - b) rischio statisticamente trascurabile di complicazioni infettive;
 - c) rischio statisticamente trascurabile di complicanze immediate;
 - d) previsione di non significativo dolore post-procedura.
2. Sono invasive tutte le procedure diagnostiche e terapeutiche considerate non a minore invasività individuate al comma 1.

Un elenco più dettagliato delle attività ambulatoriali a minore invasività,

quello contenuto nel Regolamento 61/R del 24 dicembre 2010 e s.m.i., è anche pubblicato dall'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze nel proprio sito web⁸.

Tuttavia le indicazioni di ambedue i regolamenti regionali cui si è qui fatto riferimento necessitano di una maggiore specificità per un'azione che è squisitamente di Salute Pubblica ed è tutt'affatto nuova. Per una collocazione appropriata dei defibrillatori occorre, infatti, tenere conto di vari parametri: tipologia di intervento, volume complessivo e temporizzato dei soggetti presenti, età e condizioni cliniche degli stessi, collocazione geografica dell'ambulatorio, formazione in Rianimazione Cardio Respiratoria degli operatori presenti. In sostanza, la Rianimazione Cardio Respiratoria e i Defibrillatori semi Automatici Esterni sono un vero, grande progresso della medicina moderna che deve essere reso ampiamente disponibile e per questo occorrono attente analisi.

Analogo ragionamento deve essere fatto per gli ambienti non strettamente sanitari come è stato fatto per le attività sportive. Per lo stesso motivo rimarrebbe utile il collocamento dei Defibrillatori semi Automatici Esterni in luoghi affollati, come cinema, teatri, supermercati, ecc. Tutto questo prevede l'estensione della formazione ad una larga parte della popolazione comune, rendendola in grado di utilizzare lo strumento. Anche in questo caso occorre stabilire parametri che definiscano i luoghi di idonea collocazione.

 luigi.tonelli@regione.toscana.it

NOTE

- ¹ Myerburg RJ e Castellanos A., 1980.
- ² Hazinski MF et Al, 2004.
- ³ The Public Access Defibrillation Trial Investigators. 2004.
- ⁴ Hasselqvist-Ax I et Al, 2015.
- ⁵ Kitamura T et Al, 2016.
- ⁶ Regolamento 17 novembre 2016, n. 79/R. Bollettino Ufficiale n. 52, parte prima, del 23 novembre 2016.
- ⁷ <http://www.regione.toscana.it/sst/procedure/autorizzazione-e-accreditamento>
- ⁸ <http://www.ordine-medici-firenze.it/index.php/faq-domande-frequenti/21-lo-studio-medico-caratteristiche-e-requisiti>

La malattia policistica renale

Una condizione autosomica dominante nell'assistenza primaria

di Saffi Ettore Giustini, Luca Petrone, Eleonora Bellini, Francesca Becherucci, Luigi Cirillo, Giuseppe Ferro, Pietro Dattolo

La malattia policistica renale è la patologia genetica renale familiare più frequente e la quarta causa d'insufficienza renale a livello globale; si presenta con gradi diversi di estensione (renale ed extrarenale) e di severità. Per il paziente con diagnosi, o a rischio per familiarità positiva, questa patologia ha grosse implicazioni non solo organiche ma anche di tipo psicosociale: è necessaria quindi una diagnosi precoce in modo da limitare la patologia e offrire un counseling familiare al paziente.

La malattia policistica renale autosomica dominante (*autosomal dominant polycystic kidney disease*, ADPKD), che negli adulti rappresenta la quarta causa di insufficienza renale, è una patologia congenita a trasmissione autosomica dominante (da cui il nome) causata da mutazioni nei geni *PKD1* o *PKD2* ed è principalmente caratterizzata dalla formazione di cisti a carico dei diversi segmenti del nefrone, con progressivo sovvertimento dell'architettura del parenchima renale e conseguente declino della funzione d'organo.

Si ritiene che a causa dell'ereditarietà dominante che caratterizza tale patologia, sussista la possibilità che un singolo medico di famiglia osservi, talora, molteplici casi simultaneamente; va tuttavia sottolineato che questa patologia presenta una penetranza e un'espressività fenotipica tale per cui anche nell'ambito della stessa famiglia l'evoluitività può essere molto diversa. Quindi, un medico di medicina generale con in carico un paziente colpito da malattia policistica renale autosomica dominante non avrà, verosimilmente, solo un paziente ma un'intera famiglia affetta fra i suoi assistiti!

Parole chiave:

ADPKD, familiare, ereditaria, cisti renali, insufficienza renale



SAFFI ETTORE GIUSTINI, medico di medicina generale e Responsabile Nazionale dell'Area Farmaco all'interno della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) dal 2000. Animatore di Formazione e medico tutor; ha tenuto docenze in oltre 160 eventi formativi per medici di medicina generale e farmacisti; insegna inoltre al Corso di Formazione Complementare in Medicina Generale della Regione Toscana. È stato Membro del Consiglio Sanitario della stessa Regione fino al 2005, della Commissione Terapeutica Reg. Toscana e "Referee" della Commissione Nazionale per la Formazione Continua del Ministero della Salute. Dal 2016 è componente della Commissione Farmaco Regione Toscana.

Collabora con numerose società scientifiche e con il Ministero della Salute per programmi di educazione sulla cronicità in particolare BPCO e Diabete.

In passato, è stato nominato più volte consulente dell'Agenzia Italiana del Farmaco all'interno della quale attualmente riveste la carica di esperto delle "Cure Primarie".

LUCA PETRONE, medico in formazione specifica in medicina generale - Firenze.

ELEONORA BELLINI, medico in formazione specifica in medicina generale - Firenze.

FRANCESCA BECHERUCCI, medico Nefrologia Osp. Pediatrico Meyer - Firenze.

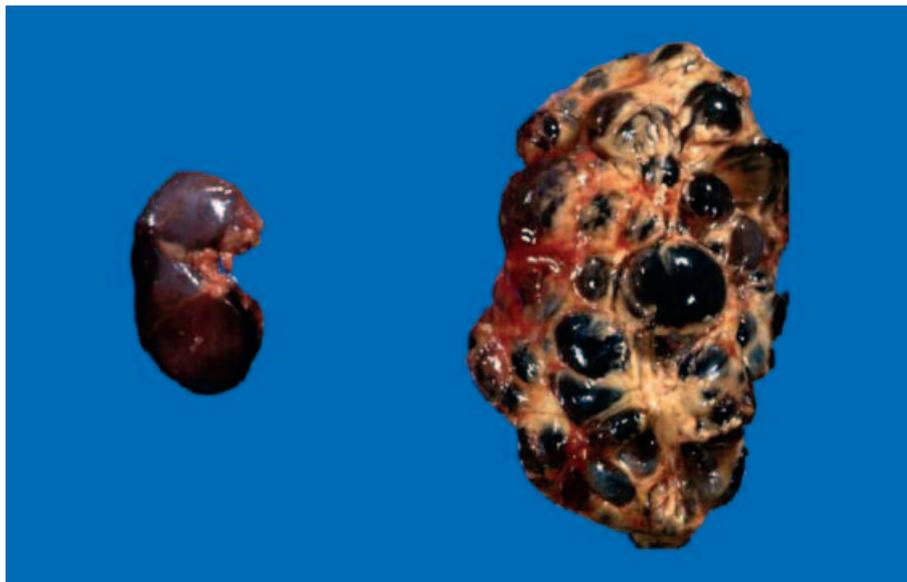
LUIGI CIRILLO, medico in formazione specialistica in Nefrologia Università di Firenze.

GIUSEPPE FERRO, medico UO Nefrologia, Osp. Santa Maria Annunziata, ASL Toscana Centro Firenze.

PIETRO DATTOLO, Direttore UO Nefrologia, Osp. Santa Maria Annunziata, ASL Toscana Centro Firenze.

Di rilievo è anche il ruolo del *counseling* familiare che il medico di medicina generale prima ed il nefrologo poi devono offrire e che riguarda tre aree: contracccezione/pianificazione familiare, *counseling* genetico e diagnosi genetica pre-impianto o ferti-





Malattia policistica renale.

lizzazione in vitro per coppie in cui almeno un soggetto sia portatore della patologia.

La malattia policistica renale autosomica dominante comporta un carico di malattia notevole su chi ne è colpito: entrambi i reni, talvolta fin dall'età dello sviluppo, sono interessati da un processo di formazione ed accrescimento di multiple cisti a partire dall'epitelio tubulare, che comporta un aumento volumetrico del 5-6% annuo di questi organi, fino al raggiungimento di volumi di occupazione notevoli. Le cisti possono andare incontro a diverse tipologie di complicanze ed essere causa di dolore ricorrente (più frequentemente in sede lombare) provocato da episodi di sanguinamento al loro interno e/o infezione; inoltre sono frequenti gli episodi di nefrolitiasi e di macroematuria.

Col tempo il danno meccanico si associa a quello flogistico e a quello legato ai processi riparativi, con il risultato di un precoce deterioramento della funzione renale che diviene solitamente evidenziabile agli esami di laboratorio a partire dalla V decade, cioè nel momento in cui le capacità di compenso funzionale dei reni iniziano ad esaurirsi.

I pazienti con malattia policistica renale autosomica dominante necessitano di terapia sostitutiva (trapianto o dialisi) entro la V-VI decade di vita, pur con notevoli differenze interindividuali, in parte correlate all'assetto

genetico. L'accrescimento può, infine, determinare la comparsa di deformazioni della parete addominale e notevole ingombro sterico, con conseguente sintomatologia correlata (sazietà precoce, difficoltà respiratoria) e con possibili conseguenze di carattere sociale e relazionale.

La malattia policistica renale autosomica dominante è una malattia sistemica. Pertanto, oltre all'interessamento renale, nel novero delle manifestazioni cliniche di cui questa malattia si rende responsabile, rientrano poi altri tre fenomeni: in primo luogo le cisti in altri organi come il pancreas, la prostata e soprattutto il fegato, dove originano a partire dall'epitelio dei dotti biliari. Solitamente esse non comportano insufficienza d'organo ma, al pari di quelle renali, possono divenire voluminose, deformarlo ed andare incontro a sanguinamento, infezione e altri tipi di complicanza.

In secondo luogo, il 50-70% dei pazienti sviluppa ipertensione arteriosa prima che la malattia renale cronica (MRC) diventi clinicamente evidente, molto spesso già a partire dall'infanzia o dall'adolescenza. La patogenesi dell'ipertensione non è chiara: si è ipotizzato che le mutazioni alla base della malattia policistica renale autosomica dominante coinvolgano le vie di segnalazione attraverso le quali l'endotelio vascolare regola la produzione di ossido nitrico ed altri fattori vasoattivi.

In terzo luogo, nella malattia policistica renale autosomica dominante è colpita la parete dei vasi di grosse e medie dimensioni, con la conseguente formazione di aneurismi a bacca del poligono di Willis, delle coronarie e dolicoectasia aortica.

L'approccio classico alla patologia prevede la terapia farmacologica e non dell'ipertensione, la prevenzione cardiovascolare, la gestione della MRC e delle sue complicanze e la terapia sostitutiva della funzione renale, quando necessaria.

Per quanto concerne l'ipertensione, alcuni dati suggeriscono che un controllo pressorio aggressivo (con *target* 110/75 mmHg) rallenti l'accrescimento della massa renale. I farmaci più indicati a tale scopo sono gli ACE inibitori e i bloccanti del recettore per l'angiotensina.

La prevenzione degli eventi cardiovascolari è fondamentale poiché l'aumentata mortalità dei pazienti con MRC è attribuibile, in maggior misura, a queste complicanze anziché agli effetti dell'insufficienza renale terminale e la malattia policistica renale autosomica dominante (che causa MRC) non fa certo eccezione a questa regola. Infine la terapia sostitutiva (il trapianto o, quando questo non sia possibile, la dialisi) fa da epilogo alla storia clinica di molti pazienti così frequentemente che il 10% di tutti i trapiantati o dializzati è affetto da malattia policistica renale autosomica dominante.

Recentemente, sulla base dei risultati di un trial clinico multi-centrico di grandi dimensioni, si è reso disponibile uno strumento terapeutico importante per il trattamento dei pazienti affetti da questa patologia: il tolvaptan, un agente definito "acquaretico" per la sua capacità di incrementare l'escrezione urinaria di acqua attraverso l'antagonismo selettivo del recettore V2 per la vasopressina e utilizzato nel trattamento delle sindromi da inappropriata secrezione di ADH (SIADH).

Tale principio attivo si è dimostrato, nello studio registrativo TEMPO 3:4, efficace nel rallentare sia l'incremento dimensionale dei reni sia il declino della funzione renale associato.

Oltre ai dati di efficacia, nel periodo di osservazione (tre anni) è emerso che le principali cause di interruzione di terapia sono rappresentate da effetti collaterali, in particolare poliuria e, molto raramente, disfunzione epatica.

Sulla base di tali evidenze, tolvaptan è stato approvato dall'Agenzia Europea del farmaco (EMA) per rallentare la progressione dello sviluppo di cisti e dell'insufficienza renale associata al rene policistico autosomico dominante (ADPKD) in adulti con malattia renale cronica (CKD) di stadio da 1 a 3 all'inizio del trattamento, con evidenza di malattia in rapida progressione (RCP). Tolvaptan, inoltre, è rimborsato nei principali paesi europei¹.

La malattia policistica autosomica dominante resta a tutt'oggi una patologia non guaribile, ma le evidenze scientifiche lasciano ipotizzare che possa essere "trattabile" rallentandone il decorso.

Proprio alla luce di queste nuove evidenze e del conseguente rinnovato interesse che i nefrologi hanno dimostrato per la patologia, appare utile definire il ruolo dei professionisti delle cure primarie nel percorso di diagnosi e cura della malattia policistica renale autosomica dominante. La corretta raccolta dell'anamnesi familiare da parte del MMG può influenzare pesantemente il percorso diagnostico in epoche precoci. Come già detto, il carattere dominante della patologia ne comporta il suo ripresentarsi in più generazioni successive: la probabilità che un genitore affetto trasmetta la patologia alla prole è del 50%; pertanto un paziente con malattia policistica renale autosomica dominante potrà avere genitori, fratelli e figli che condividono la stessa condizione. Ci sono però eccezioni a questa regola: innanzitutto esiste la possibilità di una percentuale di casi *de novo* che sono colpiti per primi nella linea familiare dalla mutazione patogena; in secondo luogo, la patologia non ha penetranza completa, il che significa che esiste una piccola percentuale di soggetti possessori della mutazione in cui la malattia si manifesta in forma frusta o, più raramente, non si manifesta affatto, per

poi ricomparire in forma conclamata in generazioni successive.

La diagnosi di sospetto nasce solitamente dalla storia familiare di malattia del paziente e viene confermata con l'esecuzione di un'ecografia dell'addome, che evidenzia la presenza di cisti renali multiple in organi aumentati di volume. Frequente è anche il riscontro di formazioni cistiche a carico del parenchima epatico. In altri casi il sospetto diagnostico può

La malattia policistica renale autosomica dominante è una malattia sistemica

nascere da una storia di ematuria ricorrente, soprattutto in un paziente iperteso o con storia di lombalgia frequente. Più raramente si tratta di una diagnosi incidentale in occasione dell'esecuzione di un'ecografia addominale per altri motivi in cui si riscontrano multiple cisti renali e/o epatiche. È importante precisare che il riscontro ecografico di cisti renali non è condizione sufficiente di per sé a porre diagnosi di malattia policistica renale autosomica dominante poiché cisti semplici, in numero limitato, possono formarsi durante l'arco della vita, specie dalla IV decade in poi, e il loro numero può aumentare nell'età avanzata. Esistono criteri ecografici specifici per la diagnosi di ADPKD in pazienti con storia familiare positiva.

Il riscontro di reni indenni da cisti evidenti agli ultrasuoni ha un alto valore predittivo negativo in soggetti con storia familiare positiva ed età superiore ai quarant'anni, ma esiste la possibilità di una quota elevata di falsi negativi nella fascia tra i sedici e i trent'anni. Nelle situazioni in cui la patologia dia solo sintomi tardivi e non sia diagnosticata fino ad un'età avanzata, sarà importante rivolgere la propria attenzione alla prole del paziente, andando ad indagare le manifestazioni precoci di ADPKD, come l'ipertensione giovanile, gli episodi di ematuria e il dolore lombare ricorrente.

In ogni caso, l'anamnesi familiare condiziona l'iter diagnostico: secondo le raccomandazioni recentemente pubblicate dalla Società Italiana di Nefrologia, l'indagine ecografica è sufficiente a porre diagnosi in soggetti con storia familiare chiara, condizione che richiede la positività all'ecografia renale nei parenti di I grado, oltre al dato clinico.

Pazienti con storia familiare negativa o dubbia dovrebbero essere indirizzati verso un centro di III livello perché sia valutata la possibilità di una diagnosi alternativa, eventualmente tramite l'esecuzione di indagini genetiche, da eseguire in centri altamente specializzati a causa delle difficoltà tecniche nell'analisi della sequenza dei geni responsabili della malattia. Le linee guida suggeriscono di estendere inoltre lo screening ecografico nell'ambito familiare anche a genitori e/o nonni in caso di positività di tale indagine genetica.

In conclusione, la malattia policistica renale autosomica dominante resta una patologia relativamente poco comune e di interesse specialistico, tuttavia il medico di medicina generale riveste un ruolo potenzialmente cruciale nella storia di malattia dei pazienti colpiti, sia per la capacità di individuare precocemente i segni clinici di sospetto, sia per la conoscenza accurata delle condizioni di salute dei familiari.

È probabile che nel futuro prossimo divengano largamente disponibili terapie farmacologiche capaci di modificare il decorso rallentandone l'evoluzione, e ciò incrementerà ulteriormente l'importanza di una diagnosi anticipata e di una corretta gestione nel tempo dei pazienti affetti.

✉ drsaffigiustini@gmail.com

NOTE

¹ Il 27 maggio 2015 la Commissione europea ha rilasciato un'autorizzazione all'immissione in commercio per Jinarc (tolvaptan), valida in tutta l'Unione Europea. Per la versione completa dell'EPAR di Jinarc consultare il sito web dell'Agenzia: http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/landing/epar_search.jsp&mid=WC0b01ac058001d125. Per maggiori informazioni sulla terapia con Jinarc, leggere il foglio illustrativo (accluso all'EPAR) oppure consultare il medico o il farmacista. Ultimo aggiornamento di questo riassunto: 10-2016.

I Social Media in ambito sanitario

di Marco Masoni, Maria Renza Guelfi, Jonida Shtylla



MARCO MASONI
MARIA RENZA GUELF
JONIDA SHTYLLA

Unità di Ricerca di Innovazione Didattica ed Educazione Continua in Medicina (IDECOM), Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università di Firenze.

Questo è il primo di due contributi che trattano l'uso dei Social Media in ambito sanitario. Il primo chiarisce i concetti di social media e social network site, oltre a fornire statistiche che ne illustrano la diffusione in area sanitaria. Il secondo contributo entra nel merito e discute le linee guida relative all'uso dei social media prodotte da importanti organizzazioni medico-scientifiche internazionali, quali la British Medical Association e l'American Medical Association.

Social Media e Social Network Site: caratteristiche e differenze

Con il termine social media si intende l'insieme di applicazioni che consentono di condividere online contenuti testuali, audio e/o video. I social media sono basati sul paradigma del Web 2.0 che consente una forte interazione tra gli utenti della rete, che non sono più solo fruitori di pagine Web aventi contenuti statici e immutabili tipici del Web 1.0, ma anche produttori di contenuti in modo tale da aumentare la partecipatività in rete. Per questo motivo i social media sono stati definiti anche User Generated Content (UGC), poiché consentono all'utente non avente competenze tecnologiche e informatiche di produrre e condividere contenuti online. I Social Media comprendono blog, wiki, podcast, ed altri applicativi del Web 2.0 che consentono interazione e comunicazione in rete tra cui i Social Network Sites, che comprendono Facebook, LinkedIn, Twitter, ecc.

Una ricerca condotta su 1.520 adulti americani nella primavera 2016 dal Pew Research Center rivela che l'86%

sono utenti abituali di Internet: di questi il 79% utilizza Facebook, il 32% Instagram, il 31% Pinterest, il 29% LinkedIn e il 24% Twitter (vedi Figura 1).

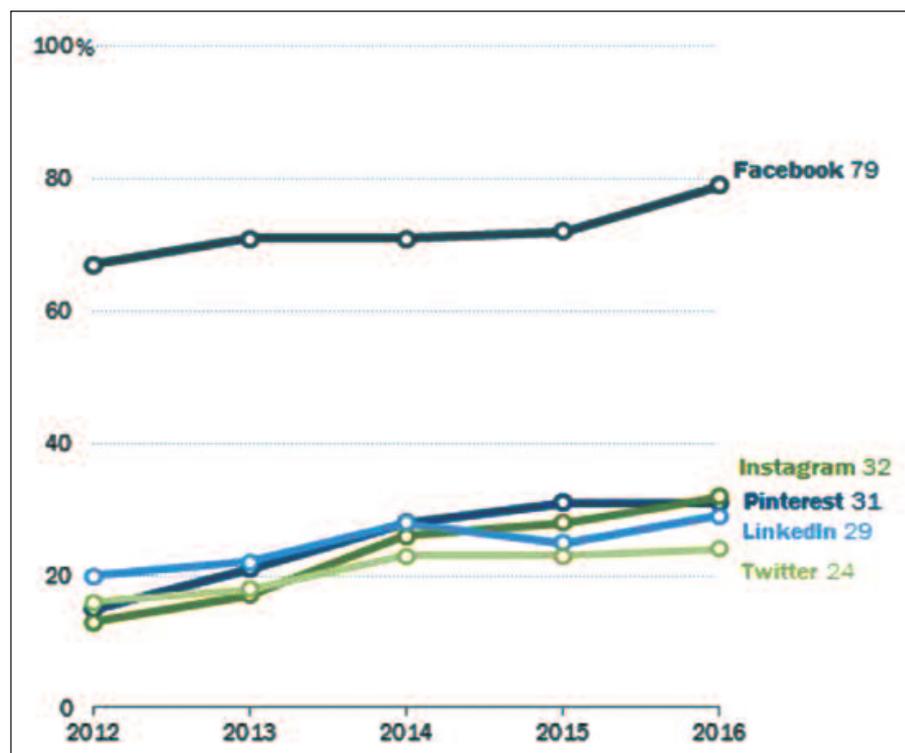


Figura 1 - Ricerca sull'uso dei social media (Pew Research Center - 2016).

www.sermo.com/it

SERMO
talk real world medicine

Cosa è SERMO? Chi siamo I Media Blog Accedi Iscriviti a SERMO Select Language

Discuti di medicina analizzando veri casi di pazienti. Medicina reale, politiche e casi problematici.

UNISCI ALLA COMUNITÀ

SERMO è il social network per medici n. 1 negli Stati Uniti e adesso anche a livello globale.
È il luogo in cui parlare di medicina analizzando veri casi di pazienti.
È la sala medici virtuale.
È il luogo dove la mente e il cuore dei medici si incontrano.
È la voce dei medici.

Perché i medici amano SERMO
"Posso parlare liberamente perché sono anonimo. Non devo preoccuparmi che le mie parole arrivino a un amministratore ospedaliero."

Figura 2 - Homepage del social network site Sermo, in lingua italiana.

sioni virtuali ed un'estensione più o meno ampia della propria rete sociale. Dopo avere creato un profilo personale un utente può dare origine e/o partecipare a comunità online, gruppi di utenti che condividono specifici contenuti e interessi. Numerosi sono i Social Network Sites disponibili in rete. Pur avendo funzionalità simili, alcuni di essi hanno acquisito particolari declinazioni.

Nato nel 2004, Facebook è il social network site più generalista e più diffuso, comunemente usato dagli utenti per rimanere in contatto con la propria rete di amici virtuali o reali con i quali è possibile interagire, condividere link, pubblicare immagini e notizie. Twitter, presente dal 2006, è un servizio di microblogging, che consente la pubblicazione di messaggi testuali con al più 140 caratteri in una piattaforma capace di creare reti sociali. LinkedIn è invece un social network site principalmente rivolto all'ambito lavorativo: offre infatti la possibilità di inviare online un curriculum vitae allo scopo di allargare la rete di co-

noscenze professionali e favorire la ricerca di un'occupazione. Instagram permette di condividere fotografie, modificarle con operazioni di filtraggio in modo tale che possano essere valutate dai follower (meglio conosciuti come amici) attraverso i "likes" (mi piace).

Esistono inoltre Social Network Sites specifici per l'ambito sanitario. Uno dei più diffusi è Sermo, denominato Facebook per i medici. Nato negli Stati Uniti, si è esteso a livello globale tanto che ne esiste una versione in lingua italiana. In tale piattaforma i medici, frequentatori esclusivi del sito, possono discutere casi clinici ed esprimere opinioni su argomenti sanitari (vedi Figura 2).

La diffusione dei social media tra i professionisti sanitari

Numerose e recenti indagini statistiche hanno dimostrato che i professionisti della salute utilizzano pesantemente i social media partecipando a comunità virtuali, tanto da caratterizzare un nuovo paradigma che prende il no-

me di Medicina 2.0, un termine che si riferisce alle metodologie e pratiche sanitarie connesse all'uso degli applicativi del Web 2.0. Altri studi riportano come la partecipazione ai social media sia in crescita ma con una rapidità diversa per studenti di Medicina e delle Professioni Sanitarie rispetto a coloro che operano nel sistema. Nel primo caso la percentuale di chi possiede un profilo personale su Facebook varia dal 64% al 96%, mentre per i professionisti è inferiore: dal 12% al 46% a seconda dei sondaggi. Questa elevata frequentazione degli studenti nei social media ha spinto numerose Scuole di Medicina a presidiare questo ambiente virtuale con una presenza su Facebook stimata intorno al 95% negli Stati Uniti, mentre su Twitter la percentuale scende al 10%.

Rischi correlati all'uso dei social media

In linea teorica, i social media potrebbero costituire uno strumento utile per offrire ai pazienti la possibilità di interagire e di comunicare con esperti



Figura 3 - Esempio di “Lying down game” (da “Hospital staff reinstated after ‘lying down game’ suspensions”).

<https://www.nursingtimes.net/news/hospital/hospital-staff-reinstated-after-lying-down-game-suspensions/5007351.article> - accaduto il 15/12/2016).

a cui richiedere informazioni relativamente a opzioni e possibilità terapeutiche, consigli pratici e sviluppi della ricerca biomedica. Nonostante questi innegabili vantaggi, l'uso dei social media comporta anche dei rischi. Uno dei più importanti è l'eventualità che un'interazione online tra medico e paziente conduca alla divulgazione di dati sensibili. Per evitare questa possibilità occorre ricordare sempre che Internet è uno spazio pubblico dove le informazioni sono accessibili da soggetti terzi, che possono propagare ulteriormente i contenuti all'insaputa di chi li ha pubblicati. Date queste premesse il professionista sanitario dovrebbe adottare la massima attenzione per mantenere la riservatezza delle informazioni cliniche, evitando la loro divulgazione.

Un altro importante rischio che accompagna la frequentazione dei professionisti della salute nei social media è la diffusione di atteggiamenti e/o comportamenti che contrastano con una corretta etica professionale. Ciò può avvenire nel momento in cui i medici condividono fotografie, filmati e/o contenuti personali non adeguati al loro profilo: per esempio quando consumano sostanze alcoliche, o inviano messaggi contenenti un linguaggio scurrile o discriminazioni sociali.

Un esempio di comportamento non coerente con i principi etico-professionali che si è verificato negli Stati Uniti

Un altro importante rischio che accompagna la frequentazione dei professionisti della salute nei social media è la diffusione di atteggiamenti e/o comportamenti che contrastano con una corretta etica professionale

è il cosiddetto “Lying down game” che consiste nel pubblicare in rete immagini personali in posizione prona in luoghi pubblici. Infermieri, medici e psi-

cologi che hanno partecipato a questo “gioco” hanno utilizzato per lo più lettini ospedalieri situati in sale operatorie e ambulanze oppure poltrone in sale d'attesa (vedi Figura 3).

Ovviamente ciò ha suscitato la disapprovazione dei datori di lavoro che hanno sanzionato o licenziato i dipendenti. Inoltre alcuni protagonisti di questi comportamenti disdicevoli sono stati radiati dall'albo professionale e, se studenti, espulsi dal Corso di Laurea.

In base alle riflessioni precedenti invitiamo i professionisti sanitari a mantenere atteggiamenti corretti non lesivi dell'immagine professionale, anche perché un numero sempre crescente di organizzazioni recluta il personale attingendo e consultando contenuti e informazioni pubblicate nei social media.

La possibilità di divulgare online i dati sensibili del paziente e di mantenere un comportamento consono con il proprio profilo professionale rende estremamente utile la produzione di linee guida che siano di ausilio al medico e ad ogni professionista per utilizzare in modo adeguato i social media, in modo tale che rappresentino uno strumento aggiuntivo da declinare verso una corretta erogazione dei servizi sanitari.

Gli studenti che intraprendono oggi la carriera di medico possiedono una notevole familiarizzazione tecnologica ma una scarsa competenza digitale. Questo scenario rende assai probabile un futuro utilizzo massivo dei social media in ambito sanitario a cui tutti i professionisti dovranno essere formati. Le principali organizzazioni internazionali dei paesi occidentali hanno da tempo intrapreso questo percorso producendo linee guida che rappresentano un prezioso ausilio pratico ed etico.

Per questo motivo, nel prossimo contributo, cercheremo di definire una cornice di riferimento che possa essere utile agli attuali medici e a coloro che lo diventeranno in futuro per un uso appropriato dei social media.

BIBLIOGRAFIA

Le voci bibliografiche possono essere richieste a:

 m.masoni@med.unifi.it

Oltre il PIL

Per la misura del benessere globale

di Daniele Dionisio



DANIELE DIONISIO, *membro dello European Parliament Working Group on Innovation, Access to Medicines and Poverty-Related Diseases. Responsabile del Progetto Policies for Equitable Access to Health - PEAH.*

<http://www.peah.it/>

'GDP is an abstraction that has little personal meaning for individuals'

RICHARD EASTERLIN, *Professor of Economics, University of Southern California*

Il successo del PIL (Prodotto Interno Lordo, GDP in lingua inglese), quale abusato indice di misura del benessere nazionale, non accenna a diminuire. Una fissazione che persiste sebbene evidenze e fonti autorevoli ne denunciino l'insufficienza come indicatore di progresso. Il Nobel economista Joseph Stiglitz ha affermato che il PIL non è una buona misura di performance economica né di benessere. E secondo un altro economista, Jennifer Blanke, *"it merely provides a measure of the final goods and services produced in an economy over a given period, without any attention to what is produced, how it's produced or who is producing it."* Blanke pone una domanda chiave trascurata dal PIL: la crescita è equa, rispettosa dell'ambiente e migliorativa delle nostre vite?

In effetti, qual è la giusta direzione per un'economia moderna e inclusiva? Senza dubbio che essa dovrebbe impegnarsi a soddisfare le necessità di base di ognuno, principalmente in termini di salute e serenità di vita. E che dovrebbe anche evitare di immagazzinare ogni potenziale fonte di danno di lungo termine, estrema disuguaglianza e collasso ambientale inclusi.

Nel contempo, l'economista Richard Easterlin ha definito il PIL *"an abstraction that has little personal mean-*

ing for individuals". E Joseph Stiglitz incalza: *"Ciò che misuriamo informa ciò che facciamo. E se misuriamo la cosa sbagliata, noi faremo la cosa sbagliata"*.

 Most inclusive advanced economies	Rank
Norway	1
Luxembourg	2
Switzerland	3
Iceland	4
Denmark	5
Sweden	6
Netherlands	7
Australia	8
New Zealand	9
Austria	10

Source: Inclusive Development Index 2017, World Economic Forum

Figura 1

In tal senso, secondo Jennifer Blanke, il PIL è solo una misura parziale di breve termine, mentre il mondo ha bisogno di strumenti di fiducia e di più larghe vedute per informare il modo in cui costruire le economie del futuro.

Al riguardo, dati presentati al World Economic Forum (WEF) del gennaio 2017 mostrano che sebbene il PIL di buona parte delle economie avanzate indichi una crescita annuale di circa il 2% nel 2016, in realtà il reddito medio pro-capite in 26 nazioni ricche è ca-

duto del 2,4%. Il dato non stupisce se è vero che oggi masse di poveri vivono in aree dove maggiore benessere coesiste con sacche di maggiore disuguaglianza per l'incapacità dei governi a trasferire la crescita economica entro un ampio ed equo progresso sociale.

Per l'occasione il World Economic Forum ha lanciato l'Inclusive Development Index (IDI), un indicatore più completo e inclusivo del PIL, per la misurazione del benessere globale. L'Inclusive Development Index associa ai consueti indicatori economici criteri più ampi tra i quali la disparità nei redditi e nelle ricchezze, la mobilità sociale, la qualità della vita e dell'ambiente, la sicurezza. In base all'Inclusive Development Index la Norvegia si conferma ancora la più virtuosa fra i Paesi avanzati: con una crescita economica solo dello 0,5% tra 2008 e 2013, lo standard di vita è in realtà cresciuto del 10,6%. Lussemburgo, Svizzera, Islanda e Danimarca seguono a ruota (Figura 1).

Gli Stati Uniti, invece, si collocano al ventitreesimo posto, peggio di Estonia, Repubblica Ceca e Corea del Sud.

L'Italia, ventunesima su trenta economie avanzate per PIL pro-capite, scende al ventisettesimo posto (su 29) nella classifica IDI. Secondo il rapporto WEF l'Italia paga il ritardo sulla crescita, sul lavoro e sui giovani men-

tre il sistema di protezione sociale non affronta questi problemi con la dovuta efficienza.

L'Inclusive Development Index è solo l'ultimo, in ordine cronologico, di una serie di indicatori inclusivi proposti per il superamento del PIL in termini so-

ciali, economici e ambientali. Tra essi, ad esempio il report sottolineava, fra l'altro, come a fronte di un 94% di cittadini inglesi ufficialmente al lavoro nel 2014, solo il 61% godeva di posti sicuri e remunerativamente soddisfacenti. E, con riguardo alla salute, proponeva la misura delle "morti evitabili" quale indice della qualità degli in-

terventi e dei livelli di prevenzione. Senza dimenticare, una volta "rodato" e implementato, il potenziale impatto nella realtà italiana del BES, l'indice di Benessere Equo e Sostenibile sviluppato dall'ISTAT e dal CNEL per valutare il progresso di una società non solo dal punto di vista economico ma anche sociale e ambientale, e corredato da misure di disuguaglianza e sostenibilità. I 12 indicatori del Benessere Equo e Sostenibile includono, fra gli altri, la salute, l'istruzione e la formazione, il lavoro e il benessere economico, il benessere soggettivo, l'ambiente, la qualità dei servizi.

Il 28 luglio 2016 l'indice di Benessere Equo e Sostenibile è entrato nel Bilancio dello Stato al fine di rendere misurabile la qualità della vita e valutare l'effetto delle politiche pubbliche su alcune dimensioni sociali fondamentali.

Il 28 luglio 2016 l'indice di Benessere Equo e Sostenibile è entrato nel Bilancio dello Stato al fine di rendere misurabile la qualità della vita e valutare l'effetto delle politiche pubbliche su alcune dimensioni sociali fondamentali.

@ d.dionisio@tiscali.it



ad esempio il report sottolineava, fra l'altro, come a fronte di un 94% di cittadini inglesi ufficialmente al lavoro nel 2014, solo il 61% godeva di posti sicuri e remunerativamente soddisfacenti. E, con riguardo alla salute, proponeva la misura delle "morti evitabili" quale indice della qualità degli in-

terventi e dei livelli di prevenzione. Senza dimenticare, una volta "rodato" e implementato, il potenziale impatto nella realtà italiana del BES, l'indice di Benessere Equo e Sostenibile sviluppato dall'ISTAT e dal CNEL per valutare il progresso di una società non solo dal punto di vista economico ma anche sociale e ambientale, e corredato da misure di disuguaglianza e sostenibilità. I 12 indicatori del Benessere Equo e Sostenibile includono, fra gli altri, la salute, l'istruzione e la formazione, il lavoro e il benessere economico, il benessere soggettivo, l'ambiente, la qualità dei servizi.

PER APPROFONDIRE

- This might be the best alternative yet to GDP as a way to measure a country's growth
<https://qz.com/885723/this-might-be-the-best-alternative-yet-to-gdp-as-a-way-to-measure-a-countrys-growth/>
- Beyond GDP – is it time to rethink the way we measure growth?
<https://www.weforum.org/agenda/2016/04/beyond-gdp-is-it-time-to-rethink-the-way-we-measure-growth/>
- Five measures of growth that are better than GDP
<https://www.weforum.org/agenda/2016/04/five-measures-of-growth-that-are-better-than-gdp/>
- The Inclusive Growth and Development Report 2017 WEF
http://www3.weforum.org/docs/WEF_Forum_IncGrwth_2017.pdf
- Inclusive Development Index: Measuring What Matters
<http://impactalpha.com/inclusive-development-index-measuring-what-matters/>
- Human Development Index <http://hdr.undp.org/en/content/human-development-index-hdi>
- Social Progress Index <http://www.socialprogressimperative.org/global-index/>
- World Happiness Index <http://worldhappiness.report/>
- Rapporto Bes 2016: il benessere equo e sostenibile in Italia <https://www.istat.it/it/archivio/194029>

Il Museo della Sanità pistoiese. Ferri per curare

di Esther Diana



ESTHER DIANA, architetto, è direttrice del Centro di Documentazione per la Storia dell'Assistenza e della Sanità e coordinatrice della Regione Toscana per i patrimoni storici delle aziende sanitarie. Si occupa di storia strutturale, patrimoniale e sociale degli ospedali tra XIV e XIX secolo. Ha curato mostre finalizzate alla valorizzazione del patrimonio artistico ospedaliero.

Il complesso ospedaliero del Cepo di Pistoia, fondato nel 1277, ha concluso la sua attività nel 2013 con l'inaugurazione, in località Volo, del Policlinico S. Jacopo.

Al di là della storia dell'ospedale, ampiamente conosciuta, è interessante il progetto di riqualificazione del complesso in chiave museale attualmente in corso. Un progetto ancora in buona parte da scrivere dagli organi preposti (Azienda USL Centro, Comune di Pistoia, Regione Toscana) ma che ha avuto già un significativo risultato.

Ancora oggi il Ceppo si identifica nel loggiato e nel fregio in terracotta inventata raffigurante *Le sette opere di Misericordia*, commissionato dallo spedalingo di Santa Maria Nuova Leonardo Buonafé nel 1512 e a cui lavorarono, a più riprese, artisti quali Benedetto Buglioni, Giovanni della Robbia, Santi Buglioni e Filippo Paladini.

Nella Pistoia città della Cultura 2017 il fregio emerge in tutta la sua bellezza grazie ad un recente restauro che assegna all'ex complesso ospedaliero un ruolo emblematico per la definizione di un sistema museale cittadino.

Un primo nucleo museologico è stato inaugurato nel 2015 con la sezione de "Il Museo della Sanità Pistoiese. Ferri per curare". Il recupero della volumetria novecentesca della corsia di S. Jacopo e il restauro delle pitture murali a forma di conchiglia, nei colori del rosso e del verde quali antichi capoletto dei malati, ha consentito di fruire di un ambiente adeguato per l'esposizione della raccolta della strumentaria medica (Figura 1).

Un corpus di oggetti (datato tra XVII e XIX secolo) di cui esistevano solo elenchi riferiti alle otto bacheche a mu-

ro entro le quali erano stati conservati fino a questo momento. Il primo atto, dunque, è stato quello di avviare la loro catalogazione (mediante scheda ministeriale PST) curata dal Centro di Documentazione per la Storia dell'Assistenza e della Sanità.

Si è costituito un gruppo di lavoro composto – oltre che dai referenti dell'ex Azienda USL3, oggi distretto dell'Azienda USL Toscana Centro – dai referenti di zona della Soprintendenza Archeologica, Belle Arti e Paesaggio per la città metropolitana di Firenze e le province di Pistoia e Prato (Maria Cristina Masdea, Valerio Tesi), da Lisa Di Zanni del Comune di Pistoia, a cui di recente si è aggiunta Elena Testaferrata sempre del Comune di Pistoia, da Claudio Rosati – già coordinatore per l'organizzazione del Sistema dei Musei di Pistoia – e dalla sottoscritta.

L'intento del gruppo di lavoro è stato quello di creare una esposizione flessibile, aperta a future implementazioni e modifiche. Un progetto improntato all'interdisciplinarietà entro cui i vari argomenti storici di contesto (storia sociale e geo-morfologica del sito, evoluzione dell'architettura e suo rapporto urbano, testimonianze artistiche, ecc.) si possano embricare con la storia dello strumento esposto.

Gli strumenti (circa 270 pezzi compresi gli accessori) si presentano – ad eccezione di poche cassette – 'sciolti', ovvero non contenuti in appositi contenitori. Una circostanza che avvalorava un uso del ferro condiviso fra più operatori. La fattura appare generalmen-



Figura 1



Figura 2

te di livello elevato; non è infrequente l'uso di materiali nobili quali l'ebano, l'argento, l'avorio. In alcuni casi si presenta la raffinatezza con decorazioni particolari delle impugnature (forgiate in forma di strumento musicale o di liuto) o con particolari incisioni recanti la firma del costruttore, la data o, come nel caso di una lancetta per salasso, un leggiadro volto femminile.

Lo strumento medico è una delle tipologie di oggetti più difficili da musealizzare.

Finalità d'uso, materiali, personaggi preposti al suo utilizzo trasmettono emotività e tensioni che limitano l'approccio dei visitatori, specie quelli delle fasce della scuola dell'obbligo. Molta attenzione è stata riposta ad abbinare l'esposizione ad "intermezzi didattici" che, modulandosi ad un pubblico di interlocutori differenziato, riuscissero a "raccontare" la storia dello strumento sdrammatizzandone gli aspetti più cruenti. Questi intermezzi hanno trovato nelle applicazioni digitali un ottimale sistema di comunicazione (vedi Figura 1).

Infatti, accanto alle postazioni informatiche demandate a fornire nozioni sulle materie e sui materiali esposti, il Museo ospita tre "momenti" formativi rivolti a tre età scolari nell'intento di facilitare la comprensione offrendo, nel contempo, possibilità per ulteriori approfondimenti cognitivi.

Il primo di questi intermezzi è la proiezione di un "dialogo impossibile": è stato immaginato che due medi-

ci pistoiesi, entrambi professionisti al Ceppo ma vissuti in secoli differenti – Sebastiano Marcacci (1618-post 1690) e Filippo Pacini (1812-1883) – si incontrassero ed iniziassero a confrontarsi sulla loro professione, sulle loro ambizioni, sugli ambienti di lavoro in cui si trovarono ad operare, sui successi o, viceversa, sulle loro frustrazioni. Un dialogo svolto da due attori in abiti delle rispettive epoche, che introducono argomenti passibili di approfondimento come il contagio, l'opportunità del microscopio per conoscere l'eziologia delle malattie, i caratteri dello svolgersi della professione medica e del ricovero ospedaliero.

Il secondo intermezzo si rivolge, invece, ad un pubblico adulto essendo di cognizione più difficile anche se molto stimolante. Si tratta dell'applicazione digitale dell'*Anatomiae Universae Icones* di Paolo Mascagni (1755-1815) nell'edizione Capurro del 1823. Un Atlante in cui è raffigurata la figura umana (un uomo alto 175 cm) in posizione anteriore e posteriore per "strati": il primo strato è dedicato ai muscoli, vasi e nervi superficiali; il secondo, ai muscoli, vasi e al sistema nervoso più profondo; il terzo ai muscoli, alle vene e alle arterie; il quarto, infine, allo scheletro. Ogni tavola colorata è corredata da una controfaccia in bianco e nero quale legenda.

La particolare e assolutamente difficile strutturazione del testo ne fa occasione di introduzione a temi di storia della medicina quali l'importanza della manualistica nella formazione del medico, il progresso degli studi sulla fisiologia degli organi, le scoperte dei "grandi" medici, senza dimenticare il legame tra artista e medico, ovvero tra Arte e Scienza.

Tuttavia, non si è voluto escludere del tutto i visitatori più piccoli inserendo nella stessa postazione dell'Atlante un gioco interattivo mirato al corretto posizionamento degli organi all'interno del corpo umano. La correlazione tra il "bel disegno" dell'Atlante colorato e il gioco consentirà all'insegnante preparato di introdurre il bambino alla conoscenza degli organi e alle prime nozioni fondamentali sulla fisiologia umana.

Ma il Museo della Sanità Pistoiese non è una realtà conclusa. La disponibilità dell'Azienda a concedere nuovi locali consentirà a breve, infatti, di implementare l'allestimento con quelle testimonianze artistiche ed oggetti che, per ragioni di spazio, non sono stati ancora esposti. Questi locali consentiranno, di predisporre una lettura più articolata dell'attuale percorso introducendo nella sequenza filologica degli argomenti il rapporto tra istituzione e Città e la storia artistico-tipologica dell'apparato plastico del fregio. Quest'ultimo, in particolare, verrà a costituire uno dei settori privilegiati del Museo. Ancora una volta, sarà il dialogo tra elemento reale ed applicazione virtuale a rivestire il ruolo di protagonista. Infatti, al di là dell'esposizione di reperti ceramici non inseriti nel fregio, la riproduzione digitale dell'intero apparato scultoreo lo proporrà quale libro da "sfogliare" o da "scorrere" mediante applicazioni *touch screen* che favoriranno una visione ravvicinata dei particolari, fornendo, nel contempo, informazioni sui caratteri storico-artistici, sociali, medico-assistenziali e tecnologici attinenti al manufatto. A questa "cornice", squisitamente cognitiva, verrà affiancato un laboratorio didattico di modellazione digitale della ceramica.

Infine, verrà proposta una "storia medica" di oggi: quella del rilevante contributo offerto dalla psichiatria pistoiese con il medico Agostino Sbertoli che nel 1868 fondava l'ospedale psichiatrico omonimo sulle colline prospicienti Pistoia. La scelta di introdurre questo "brano" di storia della medicina contemporanea vuole essere anche uno sprone al recupero di un patrimonio architettonico, naturalistico, sociale e sanitario attualmente in completa rovina. Una carrellata di immagini storiche (forse lo stesso lungometraggio *L'ospite* realizzato dalla regista Liliana Cavani nel 1971) supporteranno, in versione muta (per non interferire con i visitatori concentrati sulla visione degli strumenti) l'esposizione di ciò che ancora oggi resta di quel luogo a livello di strumentazione e suppellettili.

✉ esther.diana@uslcentro.toscana.it

Chi salverà il servizio sanitario inglese?

di Gavino Maciocco



GAVINO MACIOCCO, medico di sanità pubblica. Volontario civile in Africa, medico di famiglia, esperto di cooperazione sanitaria per il Ministero degli Esteri, dirigente di Asl. Attualmente insegna all'Università di Firenze, dove si occupa di cure primarie e di sistemi sanitari internazionali. Dal 2003 cura per "Toscana Medica" la rubrica "Sanità nel mondo". Dipartimento di medicina sperimentale e clinica, Università di Firenze. Direttore del sito web:

www.saluteinternazionale.info

La crisi del Servizio sanitario inglese (*National Health Service - NHS*) non è di oggi. È una crisi ampiamente annunciata, provocata dalla riforma del governo Cameron, entrata in vigore nel 2013, e che ha avuto come caratteri distintivi il sotto-finanziamento del sistema sanitario (e ancor più di quello sociale), la quasi totale privatizzazione dell'offerta, il mercantilismo nei rapporti tra i vari attori del sistema (committenti e produttori, con relativo

bagaglio di conflitti d'interesse) e infine, come conseguenza di tutto ciò, l'estrema frammentazione dell'organizzazione e dei flussi di finanziamento, come dimostra la Figura 1, tratta dal *BMJ* (*British Medical Journal*).

Ma la crisi di questi giorni, deflagrta agli inizi di gennaio, si manifesta con il più classico segnale del fallimento del sistema: ospedali che non riescono a ricevere più i malati, dipartimenti di emergenza che scoppiano, chirurgia di ele-

zione sospesa a tempo indeterminato (compresa quella oncologica), chiusura dei reparti di maternità. Secondo il

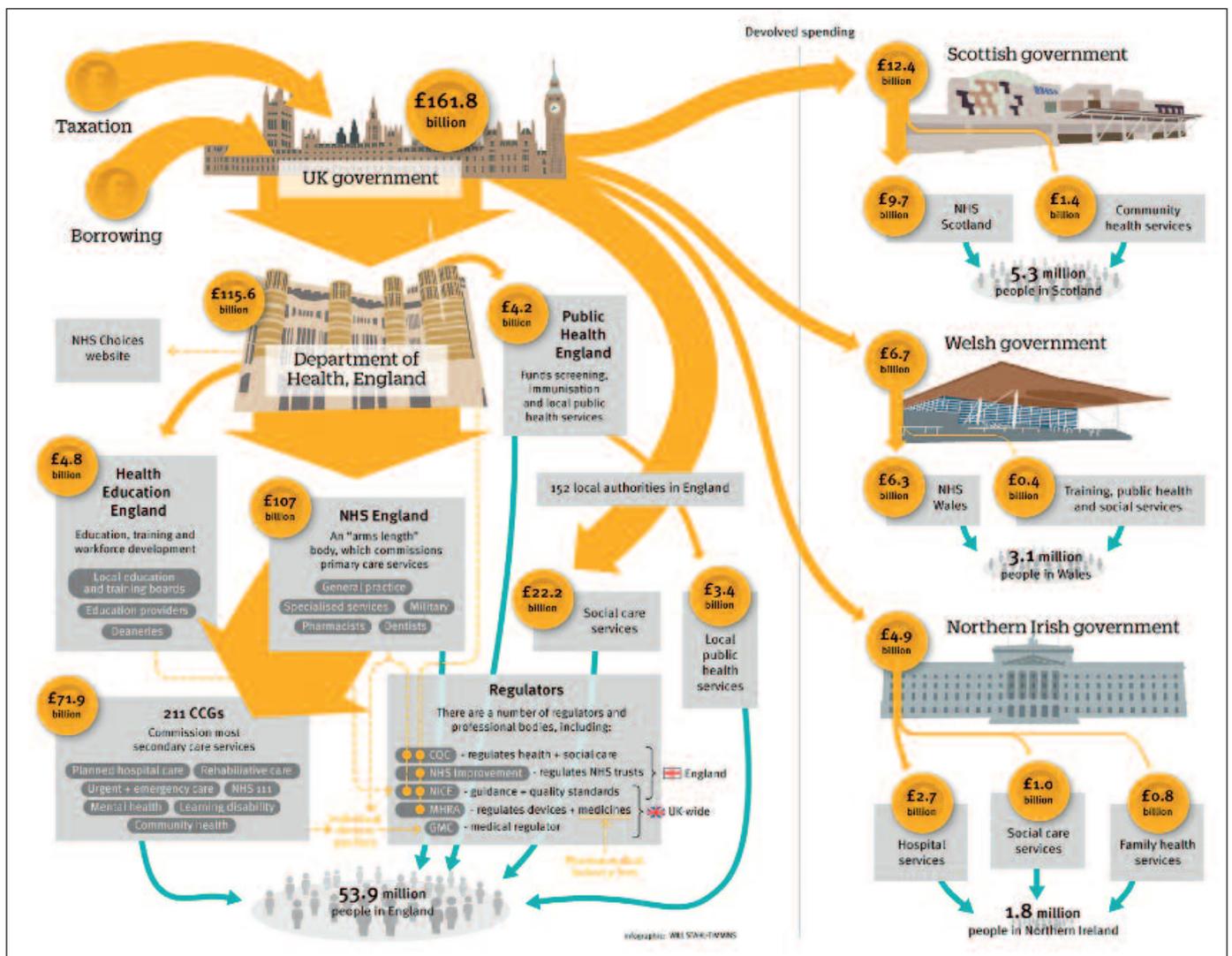


Figura 1 - Il labirinto del NHS (Le frecce gialle indicano i flussi finanziari, le frecce celesti l'erogazione dei servizi). Fonte BMJ.



Figura 2 - Un servizio sanitario sotto taglio - May sul piede di guerra.

“Guardian” sono più di 20 gli ospedali in Inghilterra che hanno dichiarato la *black alert*, il massimo allarme <https://www.theguardian.com/society/2017/jan/11/nhs-crisis-20-hospitals-declare-black-alert-as-patient-safety-no-longer-assured>.

“La crisi del NHS (*National Health Service*) è politica – afferma Chris Ham in un recente articolo sul BMJ¹. I politici di ogni parte non sono riusciti a garantire un sufficiente finanziamento per l’assistenza sanitaria e sociale, con conseguenze tanto prevedibili quanto rovinose. Gli ospedali sono sotto pressione per rispondere a bisogni crescenti dovuti anche all’invecchiamento della popolazione, e gran parte di loro non riesce a rispettare il limite di quattro ore di attesa nei dipartimenti di emergenza. I pazienti vengono assistiti nei corridoi sulle barelle, e ciò compromette la sicurezza dei malati – come tristemente dimostra la morte di pazienti nell’ospedale di Worcester.

Lo stress cui sono sottoposti gli ospedali è la conseguenza dei mancati investimenti nei servizi territoriali finalizzati a fornire un’adeguata assistenza do-

miciliare agli anziani e aiutarli a rimanere autonomi. Tutto il settore è stato colpito – la medicina di famiglia, l’assistenza infermieristica e l’assistenza sociale – con l’effetto di far aumentare i ricoveri ospedalieri per mancanza di alternative. Molti di quei pazienti si sarebbero potuti assistere al di fuori dell’ospedale se i servizi di comunità fossero stati adeguatamente finanziati e muniti di personale.

L’assistenza sociale è nell’occhio del ciclone, con 400 mila persone che, rispetto al 2009-10, hanno perso ogni forma di sussidio pubblico. Abbandonare l’assistenza sociale si traduce in un numero crescente di persone che dopo aver ricevuto le cure ospedaliere non possono essere dimesse per la mancanza di supporto a domicilio. Molti dipartimenti di emergenza sono sovrappollati di pazienti che aspettano che si liberi un letto. Lo spettro di ambulanze che aspettano in coda di poter trasferire i pazienti nei dipartimenti di emergenza ne è la conseguenza tanto inevitabile quanto sgradita”.

“Noi siamo naturalmente molto preoccupati – conclude Ham – della pres-

sione sul NHS e sull’assistenza sociale e dalle conseguenze sui pazienti e sugli utenti dei servizi, ma siamo atterriti dal processo politico che sembra incapace di affrontare le cause profonde di queste pressioni”.

Questo scrive Chris Ham, uno dei più autorevoli analisti di politica sanitaria, accademico, e attualmente direttore esecutivo del King’s Fund, il più importante istituto pubblico di ricerca <https://www.kingsfund.org.uk/about-us/whos-who/chris-ham>.

Ha ragione Ham ad essere atterrito dai politici al governo. Infatti la reazione del premier Theresa May di fronte all’allarme sociale provocato dal *breakdown* degli ospedali è stata quella di incolpare i medici di famiglia (*General Practitioners – GPs*), accusandoli di non lavorare il fine settimana e minacciandoli di ritorsioni economiche. Il BMJ non manca di commentare graficamente gli eventi. La copertina del 7 gennaio 2017 mostra il NHS sotto forma di torta tagliata a fette (“*A health service under a knife*” – Un servizio sanitario sotto taglio); quella del

21 gennaio mostra il tacco di una scarpa femminile (con la punta a squalo) che schiaccia un camice bianco (“*May on the warpath*” – May sul piede di guerra). Figura 2.

Contro le dichiarazioni di Theresa May e contro l’idea di fare dei GPs il capro espiatorio della crisi del NHS è insorto un ampio fronte: non solo naturalmente i diretti interessati, i GPs, non solo Fiona Godlee, direttore del BMJ (“Non consentire alla May di calpestare il NHS”²), non solo Mark Porter, presidente della BMA (British Medical Association), ma anche Sarah Wollaston, presidente della commissione sanità della Camera dei Comuni (del partito conservatore, lo stesso della May).

In una lettera al Primo Ministro, Mark Porter accusa la May di sottovalutare la crisi e di scaricare comunque la responsabilità sui General Practitioners per distrarre l’attenzione dell’opinione pubblica dalle vere cause del disastro. La realtà – denuncia il presidente della BMA – è che anni di sotto-finanziamento del NHS stanno mettendo a rischio la vita dei pazienti e il benessere della popolazione. “I continui tagli del budget della sanità – afferma Porter, la presentazione di questi tagli come miglioramenti di fronte all’evidenza del deterioramento del sistema, il mettere alla gogna coloro che lavorano nei servizi, ha portato a questa situazione. Questo non è accettabile per qualsiasi governo”³.

Secondo Sarah Wollaston, il budget del NHS è aumentato annualmente del 1,1% a fronte di un fabbisogno reale (tenendo conto dell’aumento dei costi e dell’incremento dei bisogni dovuto all’invecchiamento della popolazione) del + 3,8% annuo. Ci troviamo di fronte a una netta riduzione della spesa pro-capite. A ciò vanno aggiunti i tagli all’assistenza sociale che hanno lasciato più di un milione di persone senza quell’assistenza personale di cui hanno bisogno per vivere con dignità nelle proprie case. Non dobbiamo sorprenderci – sostiene la Wollaston – che tanti vadano a finire all’ospedale (senza averne realmente bisogno) in un sistema sanitario già sotto troppa pressione. “La risposta politica alla grave sofferenza del NHS e – più importante – delle perso-

ne che esso serve è stata vergognosa. C’è stata un’incapacità nel comprendere l’entità della sfida finanziaria per sostenere il sistema sanitario e il sistema sociale e le conseguenze e l’inefficienza della loro separazione”⁴. Parola di Sarah Wollaston, *a British Conservative Party Politician* https://en.wikipedia.org/wiki/Sarah_Wollaston.

Ora all’ordine del giorno della discussione politica c’è l’ipotesi di introdurre una tassa scopo per finanziare il disastrato NHS⁵. Anche qui soccorre la copertina del BMJ dell’11 febbraio 2017: “*Could a dedicated tax save the NHS?*” (Potrebbe una tassa di scopo salvare il NHS?).

NOTE

¹ Ham C, *Political crisis in the NHS*, BMJ 2017;356:j218 doi: 10.1136/bmj.j218 (Published 17 January 2017).

² Godlee L., *Don't let May trample on the NHS*, BMJ 2017; 356 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.j305> (Published 19 January 2017).

³ Iacobucci G., *BMA calls for urgent meeting with prime minister to discuss NHS crisis* BMJ 2017; 356 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.j296> (Published 17 January 2017).

⁴ Wollaston S, *Commentary: “The political response has been dismal”*, BMJ 2017;356:j5 doi: 10.1136/bmj.j5 (Published 3 January 2017).

⁵ Editor’s Choice, *How should we pay for the NHS?* BMJ 2017; 356 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.j682> (Published 09 February 2017).

@ gavino.maciocco@gmail.com



Figura 3 - Potrebbe una tassa di scopo salvare il NHS?

Manfredo Fanfani

L'OPERA D'ARTE,
UN MEZZO MEDIATICO CHE CONIUGA
BELLEZZA, CRONACA ED EMOZIONI

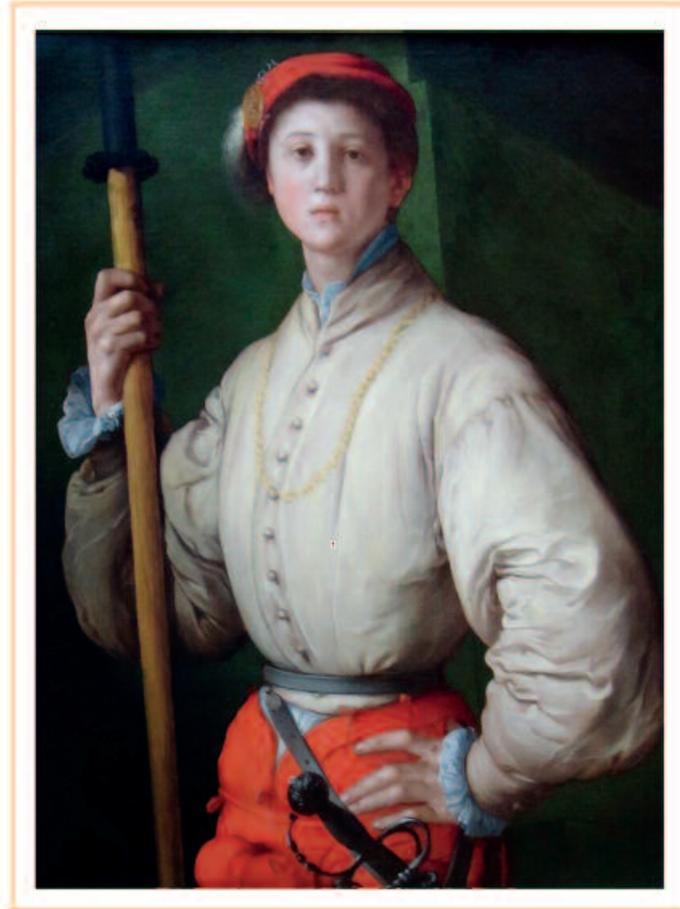


**La civiltà delle immagini ha radici profonde e antiche.
Sono cambiati gli strumenti,
non la filosofia e lo scopo.**

Manfredo Fanfani

L'OPERA D'ARTE,

UN MEZZO MEDIATICO CHE CONIUGA BELLEZZA, CRONACA ED EMOZIONI



L'emblematico messaggio dell'alabardiere.

Jacopo Carrucci detto Pontormo (1494-1556):
Ritratto d'alabardiere, The J. Paul Getty Museum, Los Angeles.

Nelle opere d'arte sono spesso sottesi messaggi di carattere politico-sociale. Tipico il caso dell'alabardiere del Pontormo, oggi icona del museo J. Paul Getty di Los Angeles, che rappresenta un fiero ragazzo in armi. Nel marzo 1530 la potenza imperiale di Carlo V, appena eletto da Clemente VII Imperatore d'Italia, assedia Firenze per riconsegnarla ai Medici. Il giovane ritratto dal Pontormo è il simbolo della strenua difesa della Repubblica popolare caldeggiata dallo stesso Michelangelo, nominato procuratore delle fortificazioni. Il Vasari ricorda che i giovani fiorentini, durante quei mesi, "facevano il più bello spettacolo ed erano sia utilmente armati che pomposamente vestiti", a significare

che, pur avendo poche speranze, avevano conservato dignità e decoro. Ogni dettaglio è mirabile: dagli sboffi argentei della camicia, al ricadere della leggera collana dorata.

I capelli corti, non più lunghi a zazzera, e l'uso della berretta sono un cambio di moda durante l'assedio. La spilla appuntata sul berretto ha un contenuto simbolico, riproduce Ercole, dio dell'ordine, e Antèo, un prepotente asociale. Ercole solleva Antèo da terra e lo stringe in un mortale abbraccio. I fiorentini, anche nel feroce assedio, non persero il loro spirito sagace: vollero rispettare la festività del carnevale e fecero un incontro di calcio in Piazza S. Croce. Nella Piazza, ben controllata dalle truppe accampate sulle vicine colline di San Miniato, la palla da gioco era un modo per ironizzare sopra le palle di cannone che "scapitozzavano" le torri e i campanili di Firenze.

L'opera d'arte: veicolo di cronaca e promozione d'immagine. L'intuizione di Cosimo de' Medici

Le descrizioni delle opere d'arte spesso enfatizzano le regole formali della prospettiva e della composizione, ponendo talora in secondo piano il messaggio e le emozioni che l'Artista intende trasmettere all'osservatore. In assenza dei moderni mass-media (giornali, cinema, radio-televisione, internet e quant'altro) l'arte ha rappresentato per secoli l'unico mezzo per fare cronaca, promozione d'immagine e pubblicità, palese o occulta! In sostanza, separando grandezza e gusto artistici dalla leggerezza dell'audience televisiva, il miracolo televisione era già presente nelle grandi pitture, ed era già a colori!

L'opera d'arte fa dell'immagine visiva la propria ragion d'essere, il proprio mestiere; esperienze e sentimenti privilegiano la duratura forza evocativa dell'immagine. L'Arte italiana in particolare assume aspetti narrativi e descrittivi; il piacere estetico, capace di catturare l'attenzione, veicola l'esperienza culturale. Il pittore Nicolas Poussin è stato esplicito: i colori in pittura sono come inganni che persuadono l'occhio; sono elementi di cattura che invitano a guardare il quadro, a ricevere emozioni e messaggi. La parola risuona per brevi istanti; la percezione visiva è più immediata e penetrante, ha effetti perentori e duraturi.

La vincente intuizione di Cosimo de' Medici è stata quella di utilizzare l'immagine come mezzo di promozione del casato per consolidare il consenso politico-sociale. Cosimo aveva affidato ai santi Cosma e Damiano la protezione del casato, il nome infatti gli è stato attribuito in omaggio a san Cosma.

Il Vasari, il Pontorno e il Bronzino hanno rappresentato Cosimo vestito con la tonaca rossa e il cappello rosso a piatto in testa, tradizionale abbigliamento del santo. Sovrapporsi a un santo così venerato costituiva un eccezionale strumento di propaganda. Molte erano le efficaci reti di promozione di casa Medici:

Chiesa di San Lorenzo, Cappella dei Principi, Tombe medicee: segnano l'apoteosi del casato. Le cappelle, decorate da sommi artisti, tendevano ad affermare la fede religiosa, il prestigio della famiglia, la vocazione al mecenatismo.

Chiesa di Santa Trinita: l'opera del Ghirlandaio "La conferma della

regola" rappresenta l'apoteosi di Lorenzo il Magnifico, sottolinea i legami del casato con la chiesa e con altre famiglie fiorentine.

Chiesa di San Marco: restaurata su invito di Papa Eugenio IV fu consacrata a san Marco, ma anche ai due santi Cosma e Damiano, patroni di casa Medici. Lo stemma mediceo, che figura sopra le pareti e gli elaborati capitelli corinzi dell'abside, è espressione di un sottile e ambizioso progetto di promozione del casato. In questo modo Cosimo ricordava a tutti la sua parte

determinante nel progetto di ristrutturazione della chiesa, anche se in modo indiretto e riservato, come suo costume. In San Marco il Beato Angelico ha contribuito alla sovrapposizione dell'immagine di Cosimo con quella di san Cosma, realizzando nel linguaggio pittorico il ritratto di Cosimo e il suo potere politico ed economico. Cosimo aveva in San Marco una sua austera cella di meditazione decorata dal Beato Angelico con l'adorazione dei magi, nella sagrestia presiedeva la prestigiosa confraternita dei Magi.

Palazzo Medici: la cappella è affrescata da Benozzo Gozzoli con "La Cavalcata dei Magi"; l'opera esalta il coinvolgimento di casa Medici con il tema biblico. La presenza di personaggi di nobili famiglie italiane come gli Sforza e i Malatesta svela l'obiettivo di legittimazione aristocratica del casato.

Le chiese di Firenze: il proliferare degli scudi con lo stemma mediceo nelle chiese è una chiara intenzione di voler affermare il potere economico e politico sulla città.

Le immagini che seguono illustrano come l'opera d'arte abbia anticipato il reale valore comunicativo dell'immagine per fare cronaca e promozione pubblicitaria. La così detta civiltà dell'immagine ha radici profonde; è più antica della televisione, di internet, dei videotelefonati e quant'altro; sono cambiati i mezzi, non la filosofia e lo scopo.

Giovanni Agostino da Lodi (1467-1525):
La Vocazione di Pietro e Andrea, Roma, Palazzi Vaticani, Cappella Sistina.



Beato Angelico, Pontormo e Vasari sovrappongono, con un richiamo subliminare, l'immagine di Cosimo de' Medici alla luminosa e venerata figura del santo Cosma.



Pontormo (1494-1556):
Cosimo de' Medici; Firenze, Galleria Uffizi.

Il Pontormo veste Cosimo de' Medici con tonaca rossa e cappello rosso in testa: una studiata sovrapposizione, attraverso il modo di vestire, ai santi Cosma e Damiano, con evidente richiamo alla loro luminosa e venerata immagine, che rende mitica la figura di Cosimo.



Giorgio Vasari (1511-1574):
Cosimo il Vecchio (come san Cosma) e Cosimo I (come san Damiano)
Cappella Leone X, Palazzo Vecchio, Firenze.

Allorché il Vasari volle raffigurare Cosimo il Vecchio e Cosimo I sotto le sembianze dei santi Cosma e Damiano, ricorse al lucco rosso e pose in testa a Cosimo il berretto rotondo rosso, prerogativa dell'abbigliamento dei santi. I due personaggi tengono in mano il libro della sapienza e la palma del martirio. Si potrebbe pensare che il modo di vestire fosse del tutto casuale, senonché, per non creare dubbi sulla studiata sovrapposizione con la luminosa figura dei santi, i due personaggi sono rappresentati anche con una inequivocabile aureola in testa!



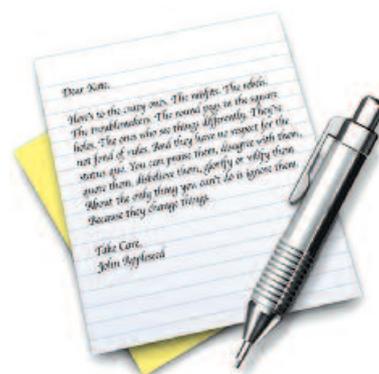
Beato Angelico (1395 ca- 1455): *Pala di San Marco,*
Museo di San Marco, Firenze.

Dipinto commissionato da Cosimo de' Medici. Cinque degli otto santi presenti portano nomi della famiglia. I santi Cosma e Damiano sono raffigurati davanti al trono della Vergine. Damiano, intento alla sacra conversazione, si è tolto il cappello in segno di riverenza. Cosma, inginocchiato e assorto in preghiera, rivolge lo sguardo verso l'osservatore, cioè verso la comunità fiorentina, in un ruolo di mediazione tra popolo e divinità. Nel linguaggio pittorico si vuole manifestare il ritratto di Cosimo e il ruolo di mediatore svolto ad esempio quando convinse Papa Eugenio IV a prolungare da 6 a 10 anni l'indulgenza a tutti i presenti alla cerimonia di consacrazione del Duomo; ciò gli assicurò grande popolarità. Lungo il bordo inferiore del prezioso tappeto sono evidenti le palle rosse in campo dorato: un esplicito richiamo all'emblema mediceo.

Continua nel prossimo numero...

E.B.M. e organizzazione

di Gavino Maciocco



Siamo nella metà degli anni Novanta del secolo scorso e mentre David Sackett lanciava l'idea della *Evidence-based medicine* come strumento per trovare le soluzioni più efficaci e appropriate nella pratica clinica, il suo collega Muir Gray estendeva il concetto di scelte appropriate e efficaci all'organizzazione sanitaria e alla sanità pubblica, pubblicando un libro dal titolo *Evidence-based Healthcare*.

A oltre vent'anni di distanza si parla ancora di *Evidence-based medicine*, ma della *Evidence-based Healthcare* si sono perse le tracce. Questo perché si è ben presto capito che, quando si tratta di scelte che riguardano l'organizzazione sanitaria, il ruolo della politica è così intrusivo da rendere difficile o impossibile un approccio *evidence based*. L'aveva capito così bene Alain Maynard che, prima ancora che uscisse il libro di Muir Gray, scriveva: “Con monotona regolarità i politici reagiscono ai maldefiniti problemi dei loro sistemi sanitari ridisorganizzandoli”.

Negli ultimi anni una reazione molto diffusa ai problemi della sanità è stata quella della fusione delle organizzazioni sanitarie. Una reazione in genere poco meditata, priva del sostegno di evidenze scientifiche, che ha genera-

to nella grande maggioranza dei casi più danni che benefici. Ciò è avvenuto in diversi paesi, Italia compresa, dove si è passati da un totale di 659 ASL nel 1992 a 180 ASL nel 2005, sino alla previsione di 104 nel 2017.

“Dalle fusioni delle organizzazioni sanitarie ci si aspetta che portino vantaggi economici, clinici e politici. I vantaggi economici dovrebbero venire dall'economie di scala, in particolare dalla riduzione dei costi del *management* e dalla capacità di razionalizzare l'offerta. Tuttavia queste fusioni raramente riescono a raggiungere gli obiettivi stabiliti. (...) È stato osservato che nel periodo 1997-2006 su 112 fusioni di ospedali 102 non mostrarono alcun miglioramento della produttività, e neppure della posizione finanziaria”. Questo si legge in un documento del King's Fund, la più importante istituzione di ricerca sanitaria britannica a proposito di modelli organizzativi del NHS, che conclude: “Le evidenze suggeriscono che quanto più alto è il grado di cambiamento organizzativo che si vuole ottenere, tanto maggiore è il rischio che il beneficio non sia raggiunto”.

“Le evidenze empiriche di beneficio funzionale e finanziario sono scarse – scrive Marco Geddes su Salute

internazionale.info –, spesso l'effetto è l'inverso di quello atteso e l'incremento di dimensione organizzativa coincide solo con un incremento di complessità. Inoltre le barriere, fra servizi e fra professionisti, permangono anche all'interno delle organizzazioni, talora in misura superiore che fra le organizzazioni stesse. Infine, se le riorganizzazioni sono totalmente calate dall'alto (effetto ruspa), si perde la quotidiana, minuta attività di indirizzo e promozione di adeguate forme organizzative, di iniziative efficaci, di diffusione di buone pratiche (effetto cacciavite)”.

Una completa revisione dei dati di letteratura sulle fusioni delle organizzazioni sanitarie è stata prodotta da docenti dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma (GF Damiani e coll.), che concludono l'articolo riaffermando che “le evidenze empiriche di beneficio nella performance ed economicità dovute agli accorpamenti sono scarse e l'incremento della dimensione organizzativa produce una maggiore ‘distanza’ tra vertice strategico e linee operative con conseguente aumento di costi di integrazione legati alla necessaria espansione delle funzioni di *middle management*”.

@ gavino.maciocco@gmail.com

NUOVO SITO INTERNET DEDICATO A TOSCANA MEDICA

È attivo e online il nuovo sito internet che l'Ordine di Firenze dedica interamente a "Toscana Medica", la prestigiosa rivista fondata nel 1983 da Giovanni Turziani, che adesso si presenta ai lettori anche con questa nuova "veste": un sito tematico che raccoglie gli articoli pubblicati su ogni numero della rivista, organizzati in rubriche e facilmente consultabili, stampabili, linkabili e ricercabili per diverse chiavi di ricerca. Ovviamente non manca l'offerta della rivista "per intero", in formato PDF o sfogliabile, con la veste grafica identica all'originale cartaceo, che può essere consultata a video, salvata in locale o stampata. Tutti i nostri lettori sono invitati a consultare il sito www.toscanamedica.org del quale si auspica che verranno apprezzate la facile fruibilità (è ottimizzato anche per tablet e smartphone) e la chiarezza della struttura e dei contenuti. Naturalmente in attesa di suggerimenti e idee migliorative, che saranno le benvenute!

MEDICI E MORBILLO

Negli ultimi tempi i giornali hanno dato ampio spazio alla comparsa nella provincia di Firenze di alcuni casi di morbillo in numero superiore all'atteso. Alla notizia che alcuni medici e un'ostetrica erano tra questi casi è stata data particolare enfasi, il che aveva posto il problema al Dipartimento Prevenzione della Asl di effettuare un'inchiesta epidemiologica e di valutare l'esposizione di tutti coloro che avevano avuto contatto con questi pazienti.

L'Assessore alla Sanità ha dichiarato alla stampa che avrebbe invitato le Aziende Sanitarie a convincere gli operatori sanitari a sottoporsi alla vaccinazione. È un consiglio del tutto condivisibile, in quanto i medici e gli altri professionisti sanitari possono contagiare persone che si trovano in particolari condizioni morbose. La tendenza di molti medici a sottovalutare la vaccinazione per loro stessi è in effetti contraddittoria e dovrebbe essere superata.

VADEMECUM SUI CERTIFICATI DI MALATTIA

Un vademecum riassuntivo delle principali regole da rispettare in caso di malattia da parte dei lavoratori dipendenti: è questo il contenuto di una locandina che viene affissa in tutti gli ambulatori dei medici di famiglia della provincia di Firenze. L'iniziativa, frutto di una collaborazione tra la Direzione Provinciale dell'INPS e l'Ordine dei Medici di Firenze, nasce dalla necessità di ricordare ai lavoratori dipendenti i comportamenti da osservare durante l'assenza per malattia, per evitare errori, possibili sanzioni ed incomprensioni con il proprio medico. Mentre, infatti, spetta al medico che rilascia il certificato di inviarlo telematicamente all'INPS, il lavoratore è comunque tenuto a controllare che i dati inseriti dal medico relativi all'indirizzo di reperibilità durante la malattia siano corretti e completi.

Inoltre, per evitare di incorrere in successive sanzioni, il lavoratore dipendente che si ammala ha l'obbligo di rispettare le fasce orarie di reperibilità anche il sabato e la domenica e nei giorni festivi; di avvisare l'INPS e il datore di lavoro in caso di variazione dell'indirizzo di reperibilità; di assicurarsi che il suo nominativo sia ben visibile sul campanello del domicilio indicato sul certificato e di rispettare le disposizioni del proprio contratto di lavoro in materia di assenze per malattia. È importante anche sapere che ciascun medico che visita il lavoratore è tenuto al rilascio del certificato telematico anche se si tratti di un medico libero professionista. Per Antonio Panti, Presidente dell'Ordine dei Medici di Firenze, "si tratta di una buona iniziativa che l'Ordine sostiene insieme ai Sindacati della Medicina Generale perché cerca di evitare fraintendimenti ed errori che possono incidere anche sul rapporto tra medico e paziente". Inoltre, l'Ordine insiste nel richiamare tutti i colleghi che visitano un lavoratore ammalato all'obbligo di rilasciare il certificato di malattia, senza rimandare il paziente ad altri colleghi.



CORSO ECM ONLINE SUI VACCINI

È disponibile online sulla piattaforma "**Fadinmed**" il nuovo corso FAD della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici dal titolo: "Le vaccinazioni: efficacia, sicurezza e comunicazione". Il corso eroga 12 crediti ECM ed è disponibile fino al 31 dicembre 2017. L'evento è, come sempre, totalmente gratuito. Per accedere al corso è necessario autenticarsi sul sito della FNOMCeO: <http://application.fnomceo.it/Fnomceo/public/registrazioneUtenteFadInMed.public>



CORSI ECM

L'Ordine dei Medici di Firenze organizza corsi ECM gratuiti. Per Informazioni consultare il sito ordinistico alla pagina Eventi.

- Andronews 12 crediti ECM (12 aprile, 3 maggio e 31 maggio 2017 - ore 14.30-19.00)
- La gestione delle informazioni in ambito sanitario (24 maggio 2017 - ore 14.30-19.00)

Iscrizioni solo on-line www.ordine-medici-firenze.it/index.php/eventi/promossi-dall-ordine



CORSO FAD ECM SULLA CANNABIS TERAPEUTICA

A seguito delle disposizioni per l'uso della cannabis a scopo terapeutico, la Regione Toscana, in collaborazione con FORMAS, organizza un corso di formazione FAD rivolto ai professionisti dipendenti e convenzionati con il SSN. L'obiettivo del corso è fornire uno strumento di approfondimento sulle potenzialità terapeutiche delle preparazioni a base di cannabis nelle diverse patologie, in particolare sul trattamento del dolore. Il corso FAD è attivo online fino al **15 dicembre 2017** e conferisce **10 crediti ECM**. Per iscriversi al corso, i medici interessati devono rivolgersi all'Ufficio Formazione della propria Azienda Sanitaria o Ospedaliera che provvederà a trasmettere al FORMAS gli elenchi dei partecipanti.

REGIONE TOSCANA: POLITICHE DI SALUTE E MEDICINA DI GENERE

Da: Medicina di Genere Newsletter, Gennaio 2017, a cura del Centro di Riferimento per la Medicina di Genere dell'Istituto Superiore di Sanità

La Regione Toscana ha costituito (delibera n.144 24/02/2014) il Centro regionale di coordinamento della Salute e Medicina di Genere, inserito successivamente per volontà dell'Assessore al Diritto alla Salute, al Welfare e all'Integrazione socio-sanitaria Stefania Saccardi tra le strutture del Governo Clinico regionale (art.43 LR 40/2015, delibera 496 24/05/2016).

Il Centro rappresenta il necessario strumento di raccordo e integrazione delle azioni e delle iniziative poste in essere dalle strutture aziendali e da tutti gli altri soggetti coinvolti, per lo sviluppo di una rete multidisciplinare e multiprofessionale integrata, al fine di promuovere e garantire percorsi di presa in carico della persona che tengano conto della differenza di genere, oltre a definire percorsi di sensibilizzazione e formazione degli operatori sanitari verso il determinante genere.

Per raggiungere tali obiettivi si sono costituiti 17 Centri aziendali di coordinamento della Salute e Medicina di Genere, che tra le varie funzioni da svolgere hanno anche quella di individuare percorsi diagnostici terapeutici finalizzati al riconoscimento, alla valutazione e a un trattamento differenziato per genere delle varie patologie, con lo scopo di promuovere un cambiamento organizzativo del Sistema Sanitario. A tal proposito, nel mese di dicembre 2016 presso il Dipartimento di Scienze della Salute nell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi è iniziato il primo Master di II livello dell'Università di Firenze in Salute e Medicina di Genere. Si tratta di un percorso formativo aperto ai principali profili di lauree magistrali: Medicina e Chirurgia, Farmacia, Odontoiatria, Biologia, Psicologia, Biotecnologie, Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Fisioterapia, Dietistica. Il Master prevede un percorso didattico multidisciplinare per fornire le conoscenze, sia di base che specialistiche, per una corretta comprensione del vasto panorama della Medicina di Genere.

La finalità è quella di formare figure professionali in grado di promuovere e mettere in atto una cultura di genere, con l'obiettivo di superare le disuguaglianze nel campo della prevenzione, diagnosi e terapia delle varie patologie, compiendo così un salto paradigmatico nell'offerta dei servizi sanitari.

Dr.ssa Anna Maria Celesti
 Coordinatore Centro regionale di coordinamento della Salute e Medicina di Genere
 Regione Toscana

APPROVATA LA LEGGE SULLA RESPONSABILITÀ SANITARIA

La Camera dei Deputati ha approvato, in via definitiva, il disegno di legge "Gelli-Bianco" sulla responsabilità professionale e la sicurezza delle cure con 255 voti favorevoli e 113 contrari. Dopo oltre 15 anni di dibattito parlamentare ed un primo tentativo, con la legge Balduzzi, di normare la materia, il Parlamento è riuscito quindi a dare una risposta complessiva al tema della responsabilità professionale del personale sanitario e della sicurezza delle cure per i pazienti.

L'obiettivo della legge è quello di rispondere principalmente a due problematiche: la mole del contenzioso medico legale, che ha causato un aumento sostanziale del costo delle assicurazioni per professionisti e strutture sanitarie, e il fenomeno della medicina difensiva che ha prodotto un uso inappropriato delle risorse destinate alla sanità pubblica. Il tutto nell'ottica della ricerca di un nuovo equilibrio nel rapporto medico-paziente che permetta, da una parte ai professionisti di svolgere il loro lavoro con maggiore serenità, grazie alle nuove norme in tema di responsabilità penale e civile, e dall'altra garantendo ai pazienti maggiore trasparenza e la possibilità di essere risarciti in tempi brevi e certi per gli eventuali danni subiti.

Con il nuovo provvedimento cambia la responsabilità civile e penale per gli esercenti la professione sanitaria, si regola l'attività di gestione del rischio sanitario, prevedendo che tutte le strutture attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio (risk management), si prevede l'obbligo per le direzioni sanitarie delle strutture di fornire la documentazione sanitaria dei pazienti che ne faranno richiesta entro 7 giorni, e si affidano le linee guida non più solo alle Società scientifiche, ma anche a enti e istituzioni ed associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie.

Notiziario - a cura di Bruno Rimoldi e Simone Pancani

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI
E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE



ADDIO A LUIGI CONTE

È stato unanime il cordoglio del mondo medico per l'improvvisa scomparsa di Luigi Conte, Segretario della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici. Già Presidente e fino ad ora Vicepresidente dell'Ordine dei Medici di Udine, il Dott. Conte è stato a lungo membro del Comitato Centrale della FNOMCeO fino a diventare nel 2012 Segretario e coordinatore dell'Ufficio Nazionale ECM. A cominciare dalla Presidente della FNOMCeO Roberta Chersevani e dal Presidente della Commissione Odontoiatrica Nazionale, Giuseppe Renzo, tutti coloro che l'hanno conosciuto e che hanno lavorato con lui si sono stretti al dolore della famiglia con espressioni di grande commozione, ricordandone l'alto profilo professionale, il grande impegno per l'istituzione ordinistica e la profonda umanità di uomo e di medico. Anche la redazione si unisce alle espressioni di cordoglio, con sentimenti di affetto e vicinanza ai familiari.



EPATITE C: OBIETTIVO ERADICAZIONE

Commentando l'avvio delle trattative tra aziende e Agenzia italiana del farmaco (Aifa) per il prezzo dei medicinali contro l'epatite C, il Ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha affermato che l'obiettivo principale è arrivare a un prezzo congruo per i farmaci contro questa malattia, rispetto al numero dei pazienti che ci sono in Italia. "Abbiamo un fondo ad hoc per questi farmaci e il nostro obiettivo è l'eradicazione della malattia. È evidente che la trattativa – ha concluso – deve essere congrua e adeguata all'etica. Vogliamo trattare i nostri pazienti rendendo però il sistema sostenibile".



NOTIZIE DELLA FEDERAZIONE NAZIONALE

Il Collega Sergio Bovenga, Presidente del Co.Ge.APS, è stato eletto Segretario della Federazione al posto del compianto Luigi Conte. Al Segretario neo eletto i complimenti e gli auguri di Toscana Medica.



DAT: SÌ AL CONNUBIO TRA LEGGE E DEONTOLOGIA

Sì a una Legge che incastoni in un assetto giuridico una materia tanto complessa e delicata quale le Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (DAT), ma a due condizioni: che tale Legge vada nella stessa direzione del Codice Deontologico e che rispetti l'autonomia del Medico, quale garante dell'autodeterminazione della persona assistita. È quanto espresso dal Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici, riunito in sessione plenaria congiunta con la Consulta Deontologica, per un approfondimento sul testo della Proposta di Legge attualmente all'esame della Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati. A presentarlo nei dettagli, e pronti a recepire le proposte e le osservazioni dell'Ordine, il relatore, On. Donata Lenzi, e l'On. Raffaele Calabrò, oltre al Sen. Amedeo Bianco. "Quando una vita finisce ci sono, l'una di fronte all'altra, due persone: chi muore e chi lo assiste – è stato detto nelle conclusioni –. Il nostro compito di medici è quello di stare vicini alle persone, vivere per loro difendendo la nostra autonomia. Perché per noi l'autonomia è requisito imprescindibile per difendere la libertà del cittadino. È in questo senso che abbiamo sempre interpretato il principio di autonomia: libertà di poter fare quello che, in scienza e coscienza, si ritiene di dover fare".

Le proposte presentate dalla massima assise dei medici italiani saranno raccolte e inviate al Relatore On. Donata Lenzi e agli altri Componenti della Commissione.



IL TREND IN ASCESA DEI FARMACI GENERICI

I farmaci generici stanno gradualmente conquistando nuovi spazi sul mercato, avanzando per così dire in direzione ostinata e contraria; tuttavia sul vasto terreno dei farmaci fuori brevetto la parte del leone continuano a farla le griffes. Ciò emerge dalle ultime rilevazioni di Assogenerici, che segnalano comunque trend positivi. A settembre 2016 il mercato dei generici continua una graduale crescita, soprattutto sotto la spinta delle nuove scadenze brevettuali, arrivando a coprire una quota del 20,5% sul totale in volumi e dell'11,2% in valori (i corrispondenti valori del 2015 erano rispettivamente del 19,9% e del 10,9%). L'Italia è però divisa in due anche sui medicinali generici, con i cittadini del Sud che restano indietro rispetto al Nord decidendo di pagare di tasca propria il differenziale sul reference price. E il trend del mercato complessivamente positivo non basta a garantire lo stato di salute del comparto. La diffusione dei generici rispetto al totale dei farmaci senza brevetto (il 72,11% del totale a volumi) ha ancora ampi spazi da esplorare, con una situazione di continuo miglioramento e trend accelerati rispetto ad altri mercati dell'Unione Europea.



ORIENTAMENTO UNIVERSITARIO PROFESSIONALE

La Fondazione ONAOSI, nella convinzione che sia necessario sostenere i giovani in una scelta universitaria consapevole e motivata, promuove da anni l'orientamento scolastico professionale in favore dei giovani assistiti frequentanti l'ultimo anno delle scuole superiori tramite attività qualificata del Servizio Sociale. L'Ordine dei Medici di Firenze e la Fondazione ONAOSI, per i figli dei sanitari loro iscritti, promuovono l'attività di orientamento scolastico professionale, in forma gratuita, che si terrà presso la sede dell'Ordine dei Medici di Firenze il giorno **3 aprile 2017** a partire dalle ore 9.00. Gli interessati potranno inviare richiesta di adesione all'attività desiderata o di informazione tramite email indirizzata a elena.satta@onaosi.it, indicando recapito telefonico e residenza, oppure telefonando al n. 075/5869267 entro il 15 marzo 2017.



PIANO NAZIONALE VACCINI 2017/2019

Approvato il 19 gennaio scorso dalla Conferenza Stato-Regioni il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017/2019. Elaborato di concerto fra il Ministero della Salute, le Regioni, l'Istituto Superiore di Sanità, l'AIFA e le principali Società medico-scientifiche del settore, il PNPV rappresenta uno dei principali strumenti di tutela della salute pubblica. Queste le priorità individuate nel nuovo Piano: a) mantenere lo stato "Polio-free"; b) perseguire gli obiettivi del Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita (PNEMoRc) e rafforzare le azioni per l'eliminazione; c) garantire l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni, l'accesso ai servizi e la disponibilità dei vaccini; d) prevedere azioni per i gruppi di popolazione difficilmente raggiungibili e con bassa copertura vaccinale (HtRGroups); e) elaborare un Piano di comunicazione istituzionale sulle vaccinazioni. Tutti i vaccini contenuti nel nuovo Calendario del PNPV sono stati inseriti nel nuovo Decreto di definizione dei LEA, da pochi giorni registrato dalla Corte dei Conti e in attesa di pubblicazione in Gazzetta ufficiale.



CAREGGI IN PRIMA LINEA NELL'AUTOPSIA VIRTUALE

Il 9 marzo scorso il primo caso di autopsia virtuale. L'AOU Careggi è in prima linea nell'uso delle nuove tecnologie anche per condurre i riscontri autoptici. Un nuovo e importante progetto, che nasce per iniziativa del Prof. Giancarlo Berni, scomparso nel giugno scorso, già Direttore del DEA di Careggi, che propose all'Ente Cassa di Risparmio di Firenze il finanziamento dell'opera, è stato realizzato dalla Direzione Aziendale dell'AOU, con la diretta collaborazione di molti dei Direttori delle Divisioni e degli Istituti: il Prof. Stefano Colagrande, il Dr. Vittorio Miele, il Prof. Gian Aristide Norelli, il Prof. Gian Luigi Taddei. Grazie all'opera di tutti questi attori, da oggi Firenze può condurre i riscontri autoptici con le tecniche di imaging avanzato e mininvasivo. Il primo riscontro virtuale, il 9 marzo scorso, ha riguardato due pazienti deceduti per ustioni gravissime, per i quali l'Autorità Giudiziaria ne ha disposto l'attuazione. Da questo momento in poi le potenzialità di macchinari così avanzati ideati per la diagnosi in vivo verranno quotidianamente utilizzate per la diagnostica post mortem, ottenendo dati indispensabili tanto alla società, per confermare la verità clinica, quanto alla comunità scientifica, per confermare la verità scientifica. A pochi giorni dall'inaugurazione del nuovo Pronto Soccorso di Careggi, l'Azienda riesce a sorprendere i fiorentini: dall'anatomia di Leonardo all'anatomia virtuale. Il segreto: l'innovazione nella tradizione.



POSIZIONE DELLA SIF SULLA CANNABIS TERAPEUTICA

La Società Italiana di Farmacologia, alla luce della grande attenzione mediatica che si sta registrando in relazione all'uso terapeutico della Cannabis sativa e al proliferare di attività formative ed informative non sempre corrette e potenzialmente pericolose per la salute dei pazienti e dotate di possibili rischi per la collettività, ha ritenuto necessario esprimere la sua posizione nei confronti di questo tema a beneficio delle Istituzioni, delle altre Società Scientifiche ed Associazioni, della classe medica e dei cittadini (e dei pazienti).

Bisogna pertanto:

- a) considerare le possibili comorbilità o la presenza di vulnerabilità dinanzi ad altre condizioni morbose;
- b) verificare l'utilizzazione o meno di altri farmaci responsabili di possibili interazioni potenzialmente dannose;
- c) valutare attentamente le abitudini di vita del paziente stante l'elevato rischio di abuso associato al suo utilizzo.

La Società Italiana di Farmacologia raccomanda fortemente che quanto sopra espresso venga tenuto in debito conto nella stesura di eventuali raccomandazioni al medico prescrittore ed ha espresso la disponibilità a collaborare nelle sedi Istituzionali (Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, AIFA) alla stesura di raccomandazioni ufficiali rivolte ad una prescrizione appropriata e ad un uso corretto della Cannabis sativa nelle differenti condizioni morbose.



CHIUSO L'OPG DI MONTELUPO

L'ultima persona reclusa nell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo Fiorentino è stata trasferita. Si è così completato il trasferimento dei reclusi nelle varie REMS attivate in Toscana. Si tratta di residenze sanitarie gestite dalla sanità territoriale in collaborazione con il Ministero della Giustizia e hanno lo scopo di garantire l'esecuzione della misura giudiziaria detentiva insieme a percorsi terapeutico-riabilitativi, secondo i principi previsti dalla legge del 2013 che ha imposto la chiusura degli OPG. Nella nostra Regione la REMS principale si trova a Volterra. L'OPG di Montelupo esisteva fin dal 1886. Prima come manicomio criminale, poi come ospedale psichiatrico giudiziario. Adesso la Villa Ambrogiana che l'ospitava rimarrà vuota, in attesa di una nuova utilizzazione ancora da definire.



LA NUOVA SANITÀ LOMBARDA

La presa in carico dei pazienti cronici e fragili

Regione Lombardia, con la recente Delibera della Giunta Regionale (DGR) 6164 del 30 Gennaio 2017 – **Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili** –, sta tentando di introdurre un cambiamento radicale della presa in carico dei malati cronici: l'intento è passare da un sistema orientato all'offerta, in una logica verticale di sommatoria di prestazioni, singolarmente remunerate, a **un sistema proattivo, orientato ai bisogni della persona, garantito da gestori responsabili, e remunerati, per la presa in carico complessiva e unitaria dei singoli assistiti** rispetto ad una molteplicità di attività e servizi. La DGR prevede che entro il primo semestre dell'anno, a fronte di appositi bandi, saranno individuati tra gli erogatori che si candideranno (sanitari e socio-sanitari, pubblici e privati, compresi i Medici di Medicina Generale – MMG – se strutturati in cooperative) i gestori idonei per la presa in carico dei malati cronici.

Questa Delibera sul Governo della Domanda segna il superamento dei CReG (Chronic Related Group), una particolare modalità di gestione delle malattie croniche la cui sperimentazione, affidata a cooperative di MMG, fu avviata cinque anni fa, estesa alla maggioranza delle ASL; il numero di assistiti arruolati è tuttavia rimasto limitato e non sono stati ancora pubblicati risultati di processo né, soprattutto, di esito che consentano di formulare un giudizio sulla riuscita della sperimentazione. Sulla scorta della classificazione regionale dei cronici in 63 patologie prevalenti stratificate su tre livelli di complessità, **i singoli malati cronici saranno invitati a scegliere liberamente, tra gli idonei, il proprio gestore della presa in carico**, che:

- dovrà provvedere alla definizione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) e alla sottoscrizione del Patto di Cura con l'assistito;
- garantirà il reclutamento attivo, la presa in carico globale e il follow-up proattivo, attraverso un case manager e il Centro Servizi, anche per garantire il raccordo funzionale e informativo con i vari livelli di cura;
- riceverà una remunerazione per il percorso di presa in carico, parametrata in relazione alla stratificazione effettuata.

In Lombardia si intende quindi dare avvio alla strutturazione di reti parallele, in competizione tra loro, responsabili della presa in carico dei malati cronici: di fatto si tratta di nuove entità che andranno a sostituire quella che, ordinariamente, dovrebbe essere una funzione distrettuale da espletare in collaborazione con il MMG. È prevedibile che, mentre alcuni erogatori privati saranno in grado di far fronte al nuovo compito in modo brillante, soprattutto nelle prime fasi di "investimento" e di "fidelizzazione", probabilmente gli erogatori pubblici saranno in grave difficoltà nel giocare il nuovo ruolo.

Per il momento quindi, permangono numerose aree grigie. Quale ruolo ai MMG e da chi dipendono? Quale integrazione con i servizi dei comuni e quale rapporto con le comunità locali? Quali connessioni tra erogatori pubblici e privati? Con quale forza le ASST possono/devono attivare proprie reti e in quale rapporto con le eventuali reti attivate da erogatori privati? Quello che è chiaro, nel bene e nel male, è che l'attuale modello di sistema sanitario pubblico è sostanzialmente rivoluzionato.

Fulvio Lonati, medico, Presidente di APRIREnetwork - Assistenza PRIMARIA In REte - Salute a Km 0

 www.saluteinternazionale.info - Inserito da Redazione SI on 23 febbraio 2017



Manfredo Fanfani

L'OPERA D'ARTE,
UN MEZZO MEDIATICO CHE CONIUGA
BELLEZZA, CRONACA ED EMOZIONI



**La civiltà delle immagini ha radici profonde e antiche.
Sono cambiati gli strumenti,
non la filosofia e lo scopo.**

*Realizzazione: Ricerche Cliniche Prof. Manfredo Fanfani
Piazza della Indipendenza 18/b Firenze - Tel. 055 49701
www.istitutofanfani.it*

Articolo all'interno della rivista

Una copia della pubblicazione può essere richiesta a info@istitutofanfani.it